



WASH В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Доклад об исходном
состоянии в мире в 2019 г.



Всемирная организация
здравоохранения

WHO
UNICEF



ЖМР

юнисеф



WASH В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ Доклад об исходном состоянии в мире в 2019 г.
[WASH in health care facilities: global baseline report 2019]
ISBN 978-92-4-451550-1

© Всемирная организация здравоохранения и Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), 2019 г.

Этот доклад отражает деятельность Всемирной организации здравоохранения и Детского фонда Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ). Некоторые права защищены. Настоящая публикация распространяется на условиях лицензии Creative Commons 3.0 IGO «С указанием авторства – Некоммерческая – Распространение на тех же условиях» (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Лицензией допускается копирование, распространение и адаптация публикации в некоммерческих целях с указанием библиографической ссылки согласно нижеприведенному образцу. Никакое использование публикации не означает одобрения ВОЗ или ЮНИСЕФ какой-либо организации, товара или услуги. Использование названий и логотипов ВОЗ или ЮНИСЕФ без их разрешения не допускается. Распространение адаптированных вариантов публикации допускается на условиях указанной или эквивалентной лицензии Creative Commons. При переводе публикации на другие языки приводятся библиографическая ссылка согласно нижеприведенному образцу и следующая оговорка: «Настоящий перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) или Детским фондом Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ). ВОЗ или ЮНИСЕФ не несут ответственности за его содержание и точность. Аутентичным подлинным текстом является оригинальное издание на английском языке».

Урегулирование споров, связанных с условиями лицензии, производится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности (www.wipo.int/amc/ru/mediation/rules).

Образец библиографической ссылки: WASH В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ Доклад об исходном состоянии в мире в 2019 г. [WASH in health care facilities: global baseline report 2019]. Женева: Всемирная организация здравоохранения и Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ); 2019. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Данные каталогизации перед публикацией (CIP). Данные CIP доступны по ссылке: <http://apps.who.int/iris>.

Приобретение, вопросы авторских прав и лицензирование. По вопросам приобретения публикаций ВОЗ см. <http://apps.who.int/bookorders>. По вопросам оформления заявок на коммерческое использование и направления запросов, касающихся права пользования и лицензирования, см. www.who.int/about/licensing.

Материалы третьих сторон. Пользователь, желающий использовать в своих целях содержащиеся в настоящей публикации материалы, принадлежащие третьим сторонам, например таблицы, рисунки или изображения, должен установить, требуется ли для этого разрешение обладателя авторского права, и при необходимости получить такое разрешение. Ответственность за нарушение прав на содержащиеся в публикации материалы третьих сторон несет пользователь.

Фотографии ЮНИСЕФ и ВОЗ. Фотографии ЮНИСЕФ и ВОЗ защищены авторским правом и без предварительного письменного согласия не подлежат воспроизведению никакими средствами. Возможно получение разрешения на одnorазовое использование в контексте, точно отражающем реальную ситуацию и личность всех отображенных людей. Фотографии ЮНИСЕФ и ВОЗ не подлежат использованию ни в каком коммерческом контексте; цифровое редактирование фотографий не может вести к изменению их значения или контекста; и они не могут архивироваться структурами, не относящимися к ВОЗ или ЮНИСЕФ. Запросы на получение разрешений на воспроизведение фотографий ЮНИСЕФ направляются в Департамент по вопросам коммуникации ЮНИСЕФ: UNICEF, Division of Communication, 3 United Nations Plaza, New York 10017, USA (адрес электронной почты nyhqdoc.permit@unicef.org). Запросы на получение разрешений на воспроизведение фотографий ВОЗ направляются по адресу www.who.int/about/licensing/copyright_form/en.

Pv: Tom Greenwood/WaterAid; **P1:** Karen Kasmauski/MCSP; **P7:** Shutterstock/Dmitry Kalinovsky; **P11:** WHO/S. Volkov; **P12:** Kate Holt/MCSP; **P14:** GettyImages/SimplyCreativePhotography; **P17:** Dominique Maison; **P18:** Valentina Grossi/WHO; **P19:** Nikki Behnke; **P21:** Karen Kasmauski/MCSP; **P23:** Arabella Hayter/WHO; **P24:** Rick Johnston/WHO; **P26:** GettyImages/Akhararat Wathanasing; **P28:** GettyImages/Dusan Petkovic; **P31:** GettyImages/Andrey N.Cherkasov; **P39:** GettyImages/Natrrass; **P40:** Mubeen Siddiqui/MCSP; **P44:** Rick Johnston/WHO; **P47:** Karen Kasmauski/MCSP; **P48:** GettyImages/Ruurd Dankloff; **P54:** Arabella Hayter/WHO; **P55:** GettyImages/Eplistera; **P58:** GettyImages/Jeangill; **P60:** GettyImages/Dmitry Kalinovsky; **P62:** Karen Kasmauski/MCSP; **P65:** Karen Kasmauski/MCSP; **P66:** UNICEF/Vishwanathan; **P69:** WHO/SEARO/Monir Islam; **P73:** Karen Kasmauski/MCSP; **P78-79:** Karen Kasmauski/MCSP; **P88-93, 114-115:** GettyImages/Kirillm; **P94-99, 116-117:** GettyImages/Goodze; **P100-105, 118-119:** GettyImages/Ms Yapr; **P106-111, 120-121:** GettyImages/Julie Workman; **P112-113, 122-123:** GettyImages/Dmitry Kalinovsky.

Оговорки общего характера. Используемые в настоящей публикации обозначения и приводимые в ней материалы не означают выражения мнения ВОЗ или ЮНИСЕФ относительно правового статуса любой страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации границ. Штрихпунктирные линии на картах обозначают приблизительные границы, которые могут быть не полностью согласованы.

Упоминание определенных компаний или продукции определенных производителей не означает, что они одобрены или рекомендованы ВОЗ или ЮНИСЕФ в отличие от аналогичных компаний или продукции, не названных в тексте. Названия патентованных изделий, исключая ошибки и пропуски в тексте, выделяются начальными прописными буквами.

Числовые значения, включенные в настоящий доклад, представляют собой оценочные данные, полученные в рамках Совместной программы ВОЗ/ЮНИСЕФ по мониторингу водоснабжения, санитарии и гигиены (www.washdata.org) с целью обеспечения их сопоставимости, и, в силу этого, необязательно являются данными официальной статистики соответствующей страны, района или территории, в которой могут использоваться альтернативные методы.

ВОЗ и ЮНИСЕФ приняты все разумные меры для проверки точности информации, содержащейся в настоящей публикации. Однако данные материалы публикуются без каких-либо прямых или косвенных гарантий. Ответственность за интерпретацию и использование материалов несет пользователь. ВОЗ и ЮНИСЕФ ни в коем случае не несут ответственности за ущерб, связанный с использованием данных материалов.

Перевод на русский язык выполнен Европейский центр ВОЗ по окружающей среде и охране здоровья (ЕЦОСЗ). В случае любого несоответствия между английской и русской версией, оригинальная версия на английском языке должна приниматься в качестве обязательной и подлинной.

Edited by Richard Steele [English version]. Design, layout and production by Cecilia Silva Venturini.

Printed in Switzerland

WASH

В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Доклад об исходном
состоянии в мире в 2019 г.

ПРЕДИСЛОВИЕ

В лечебно-профилактическое учреждение идут не за тем, чтобы заболеть. Люди приходят туда, чтобы им помогли выздороветь, родить ребенка или чтобы сделать прививку. Тем не менее, сотни миллионов людей подвергаются повышенному риску инфекции, когда обращаются за помощью в медицинские учреждения, в которых отсутствуют элементарные услуги первой необходимости – водоснабжение, санитария, средства гигиены, надлежащее обращение с медицинскими отходами и поддержание чистоты (WASH). Ведь отсутствие услуг WASH в медицинских учреждениях не только ставит под угрозу безопасность и человеческое достоинство пациентов: это в принципе может усугубить проблему распространения инфекций, устойчивых к действию противомикробных препаратов, и подорвать усилия по укреплению здоровья матери и ребенка.

Новые данные, полученные Совместной программой ВОЗ/ЮНИСЕФ по мониторингу водоснабжения, санитарии и гигиены (СПМ), показывают, что услуги WASH в медицинских учреждениях в каждом регионе не соответствуют принятым стандартам. По имеющимся оценкам, услугами медицинских учреждений, в которых отсутствует водоснабжение, пользуются 896 миллионов человек, а 1,5 миллиарда человек посещают учреждения, не обеспеченные санитарно-техническими средствами. Вполне вероятно, что людей, которых обслуживают медицинские учреждения, где отсутствуют средства соблюдения гигиены рук и не налажено безопасное обращение с отходами, еще больше. На услуги WASH скорее можно рассчитывать в больницах, чем в других типах лечебно-профилактических учреждений, и в городах они обеспечиваются чаще, чем в сельской местности.

В Целях в области устойчивого развития (ЦУР) с новой силой подчеркивается необходимость достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения, что включает обеспечение доступа к услугам WASH. ЦУР также отражают определенное изменение в мышлении, при котором признается важность качественной медицинской помощи и комплексного подхода к ее предоставлению, ориентированного на интересы и нужды людей и улучшающего весь процесс получения помощи.

Услуги WASH являются одной из предпосылок качественной медицинской помощи, но особенно важны они для безопасного ведения родов. Они имеют основополагающее значение для достижения целей кампании ЮНИСЕФ «Каждому ребенку – ЖИЗНЬ» и целей «три дополнительных миллиарда», поставленных в Тринадцатой общей программе работы ВОЗ. Благодаря тому, что сегодня уделяется повышенное внимание безопасной и качественной первичной медико-санитарной помощи, о важности которой было вновь заявлено в Астанинской декларации, возможности обеспечения базовых условий для этого, включая услуги WASH, сегодня благоприятнее, чем когда-либо ранее. В марте 2018 г.

Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций обратился с глобальным призывом об усилении руководства и подотчетности в деле обеспечения услуг WASH во всех медицинских учреждениях, подчеркнув при этом высокую цену бездействия.

После этого нашими двумя организациями были поставлены образующие единый комплекс глобальные задачи по достижению всеобщего охвата услугами WASH в медицинских учреждениях и впервые были опубликованы глобальные оценки положения дел в этой области, полученные благодаря СПМ. Эти данные закладывают солидную основу для определения приоритетов, вложения средств и отслеживания прогресса в области WASH. Также ВОЗ и ЮНИСЕФ, опираясь на поддержку более тридцати пяти партнеров, совместно возглавляют работу по реализации глобальной дорожной карты, составленной на основе инициатив, выдвинутых и осуществляемых странами. Для улучшения услуг WASH в медицинских учреждениях было предложено восемь практических шагов, которые описываются и иллюстрируются в примерах из практики. Эти шаги включают такие меры, как разработка национальных дорожных карт и установление целевых показателей, улучшение инфраструктуры и технического обслуживания и привлечение местных сообществ.

Обеспечение всеобщего доступа к услугам WASH в медицинских учреждениях – проблема решаемая, причем ее решение приносит прибыль на инвестированный капитал. Мы исполнены решимости поддерживать эти усилия путем сотрудничества с правительствами стран и партнерами в деле предоставления качественных услуг WASH в медицинских учреждениях, улучшения мониторинга и расширения базы знаний. Мы призываем всех партнеров оказывать поддержку в решении этой жизненно важной задачи.



Д-р Тедрос Адханом Гебрейесус

Генеральный директор Всемирной организации здравоохранения



Генриетта Фор

Исполнительный директор Детского фонда Организации Объединенных Наций



СОДЕРЖАНИЕ

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ	2	УСЛУГИ ПО ОБРАЩЕНИЮ С ОТХОДАМИ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ	48
ВОДОСНАБЖЕНИЕ	3	Базовые услуги по обращению с отходами	50
САНИТАРИЯ	4	ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЛЯ МОНИТОРИНГА ОБРАЩЕНИЯ С ОТХОДАМИ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ	57
ГИГИЕНА	5		
ОБРАЩЕНИЕ С ОТХОДАМИ	6		
ПОДДЕРЖАНИЕ ЧИСТОТЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ	7		
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЛЯ РАСШИРЕННОГО МОНИТОРИНГА	8		
		УСЛУГИ ПО ПОДДЕРЖАНИЮ ЧИСТОТЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ	60
ВВЕДЕНИЕ	10	БАЗОВЫЕ УСЛУГИ ПО ПОДДЕРЖАНИЮ ЧИСТОТЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ	61
Вопросы WASH и охраны здоровья в Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 года	10	ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЛЯ МОНИТОРИНГА ПОДДЕРЖАНИЯ ЧИСТОТЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ	62
Мониторинг WASH в медицинских учреждениях	11		
		НЕРАВЕНСТВА	66
УСЛУГИ ВОДОСНАБЖЕНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ	14	Тип учреждения	70
БАЗОВЫЙ УРОВЕНЬ УСЛУГ ВОДОСНАБЖЕНИЯ	16	Управляющий орган	72
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЛЯ МОНИТОРИНГА ВОДОСНАБЖЕНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ	22	Географическое положение	74
		Всеобщий доступ к WASH дома и в медицинских учреждениях	76
УСЛУГИ САНИТАРИИ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ	26		
БАЗОВЫЙ УРОВЕНЬ УСЛУГ САНИТАРИИ	28	ПРИЛОЖЕНИЯ	78
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЛЯ МОНИТОРИНГА САНИТАРИИ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ	34	ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Методы, применяемые в СПМ	80
		ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Региональные группы стран	86
ОБЕСПЕЧЕНИЕ УСЛОВИЙ для СОБЛЮДЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ГИГИЕНЫ в МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ	38	ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Оценки состояния в странах	88
БАЗОВЫЙ УРОВЕНЬ УСЛОВИЙ для СОБЛЮДЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ГИГИЕНЫ	40	ПРИЛОЖЕНИЕ 4. Оценки состояния в регионах и на глобальном уровне	114
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ для МОНИТОРИНГА ГИГИЕНЫ в МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ	44		



ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

С 1990 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) в рамках Совместной программы ВОЗ/ЮНИСЕФ по мониторингу водоснабжения, санитарии и гигиены (WASH) регулярно публикуют доклады о положении дел в области водоснабжения, санитарии и гигиены (ВСГ). Совместно они ведут мониторинг выполнения задач 6.1 и 6.2 Целей в области устойчивого развития (ЦУР) на период до 2030 г. и оказывают поддержку глобальной работе по мониторингу выполнения других задач и показателей ЦУР, связанных с WASH.

В этом докладе – первом докладе СПМ, посвященном WASH в лечебно-профилактических учреждениях, – представлены новые иерархические лестницы базовых услуг (рис. 1). В докладе приводятся исходные национальные, региональные и глобальные показатели для использования в рамках глобального мониторинга выполнения включенных в ЦУР задач по обеспечению всеобщего доступа к WASH (ЦУР 6.1 и 6.2) и всеобщего охвата услугами здравоохранения (ЦУР 3.8) (таблица 1).



ЦЕЛИ	ЗАДАЧИ
 6: Обеспечение наличия и рационального использования водных ресурсов и санитарии для всех	6.1: К 2030 году обеспечить всеобщий и равноправный доступ к безопасной и недорогой питьевой воде для всех 6.2: К 2030 году обеспечить всеобщий и равноправный доступ к надлежащим санитарно-гигиеническим средствам и положить конец открытой дефекации, уделяя особое внимание потребностям женщин и девочек и лиц, находящихся в уязвимом положении
 3: Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте	3.8: Обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения, в том числе защиту от финансовых рисков, доступ к качественным основным медико-санитарным услугам и доступ к безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарственным средствам и вакцинам для всех

ТАБЛИЦА 1 Глобальные цели и задачи, касающиеся WASH в медицинских учреждениях

	ВОДОСНАБЖЕНИЕ	САНИТАРИЯ	ГИГИЕНА	ОБРАЩЕНИЕ С ОТХОДАМИ	ПОДДЕРЖАНИЕ ЧИСТОТЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ
БАЗОВЫЙ УРОВЕНЬ	В помещении или на прилегающей территории есть вода из улучшенного источника ¹ .	Улучшенные санитарно-технические сооружения ² пригодны для использования, причем как минимум один туалет предназначен для персонала, как минимум один туалет разделен на мужской и женский, в котором есть условия для соблюдения требований гигиены во время менструации, и как минимум один туалет приспособлен для людей с ограниченной подвижностью.	В пунктах оказания помощи и в пределах 5 метров от туалетов имеются функционирующие точки для соблюдения гигиены рук (с водой и с мылом и/или с антисептиком для протирания рук на спиртовой основе).	Отходы безопасно разделяются как минимум по трем контейнерам и производится безопасная обработка и удаление острых и инфекционных отходов.	Имеются элементарные протоколы проведения уборки, и весь персонал, отвечающий за уборку и поддержание чистоты, прошел соответствующую подготовку.
ОГРАНИЧЕННЫЙ УРОВЕНЬ	В пределах 500 м от учреждения имеется улучшенный источник воды, но соблюдаются не все требования, предъявляемые к базовому уровню услуг.	Имеется как минимум одно улучшенное санитарно-техническое сооружение, но соблюдаются не все требования, предъявляемые к базовому уровню услуг.	Функционирующие точки для соблюдения гигиены рук имеются либо в пунктах оказания помощи, либо в туалетах, но не там и там.	Разделение и/или обработка и удаление острых и инфекционных отходов производится в ограниченной степени, но соблюдаются не все требования, предъявляемые к базовому уровню услуг.	Имеются протоколы поддержания чистоты и/или как минимум некоторые сотрудники прошли обучение по проведению уборки.
ОТСУТВИЕ УСЛУГ	Вода берется из незащищенных копаных колодцев или родников или из поверхностных источников воды или из улучшенного источника воды, который находится на расстоянии более 500 м от учреждения, или в учреждении нет источника воды.	Туалетные сооружения являются неулучшенными (уборные с выгребной ямой без напольной плиты или возвышения, подвесные уборные или уборные с отхожим ведром), или в учреждении вообще нет туалетов или уборных	Ни в пунктах оказания помощи, ни в туалетах нет функционирующих точек для соблюдения гигиены рук.	Нет отдельных контейнеров для острых и инфекционных отходов и не производится обработка и удаление острых и/или инфекционных отходов.	Протоколы уборки отсутствуют и никто из персонала не обучен проведению уборки.

РИС. 1 Принятые СПМ иерархические лестницы базовых услуг WASH в медицинских учреждениях

¹ Улучшенные источники водоснабжения – это источники, которые благодаря своей конструкции и устройству способны обеспечить подачу безопасной воды. К таким источникам относятся водопровод, скважины или трубчатые колодцы, защищенные копаные колодцы, защищенные родники, дождевая вода и фасованная или привозная вода.
² Улучшенные санитарно-технические сооружения – это сооружения, предназначенные для гигиеничного отделения человеческих экскрементов от контакта с человеком. К ним относятся санитарно-технические сооружения влажного типа, такие как туалеты со смывом и со смывом вручную, подведенные к канализационным коллекторам, септиктенкам или уборным с выгребной ямой, и сооружения сухого типа, такие как сухие уборные с выгребной ямой с напольной плитой и компостирующие туалеты.

ВОДОСНАБЖЕНИЕ

Основные факты

В 2016 г.:

1. **38 стран и три из восьми** регионов ЦУР располагали достаточными данными для оценки обеспеченности медицинских учреждений **базовыми** услугами водоснабжения.
2. **74%** медицинских учреждений в мире были обеспечены **базовыми** услугами водоснабжения, т.е. там была вода из улучшенного источника водоснабжения.
3. В наименее развитых странах только **55%** медицинских учреждений были обеспечены **базовыми** услугами водоснабжения.
4. В **14%** медицинских учреждений во всем мире был обеспечен **ограниченный уровень** услуг водоснабжения, т.е. был доступ к улучшенному источнику водоснабжения, который либо находился вне учреждения, либо в нем не было воды на момент проведения обследования.
5. **12%** медицинских учреждений в мире **не были обеспечены услугами водоснабжения**, т.е. либо получали воду из улучшенного источника, но расположенного более чем в 500 метрах от учреждения, либо получали воду из источника, который нельзя считать улучшенным, либо вообще не имели источника водоснабжения.
6. На уровне регионов охват **базовыми услугами** водоснабжения варьировался от **51%** в Африке к югу от Сахары до **87%** в Восточной и Юго-Восточной Азии.
7. **Не были обеспечены услугами водоснабжения 4%** больниц и **11%** других медицинских учреждений.
8. **Не были обеспечены услугами водоснабжения 12%** государственных и **6%** частных медицинских учреждений.
9. **Не были обеспечены услугами водоснабжения 5%** медицинских учреждений в городах и **15%** **медицинских учреждений в сельской местности**.
10. **896 миллионов человек** не были обеспечены услугами водоснабжения в медицинском учреждении, где им предоставлялась помощь.

БАЗОВЫЙ УРОВЕНЬ УСЛУГ ВОДОСНАБЖЕНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

В помещении или на территории имеется вода, которая поступает из улучшенного источника.

В 2016 г. базовыми услугами водоснабжения были обеспечены **74%** медицинских учреждений мира.

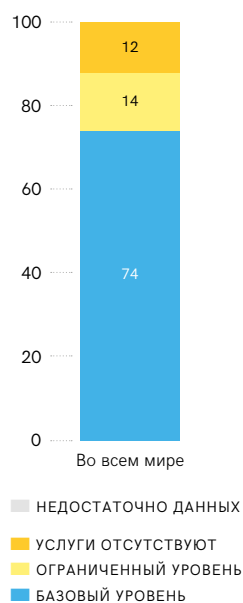


РИС. 2 Уровень услуг водоснабжения в медицинских учреждениях во всем мире, 2016 г. (%)

Расчетные данные о базовом уровне услуг водоснабжения в медицинских учреждениях в 2016 г. имелись в трех из восьми регионов ЦУР.

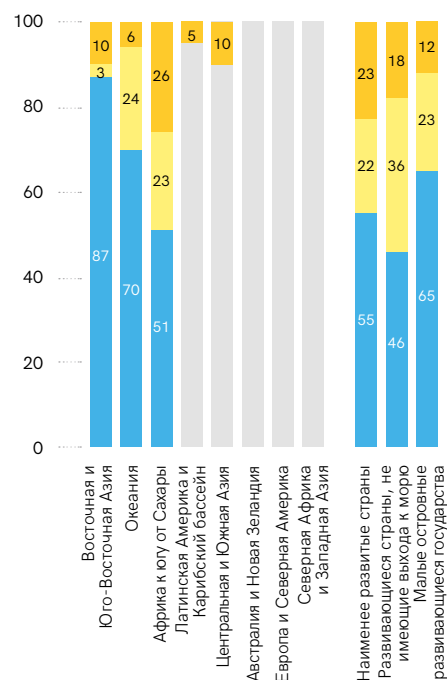


РИС. 3 Уровень услуг водоснабжения в медицинских учреждениях в регионах, 2016 г. (%)

В 2016 г. в 16 из 69 стран, в которых имелись данные, более чем в 20% медицинских учреждений отсутствовали услуги водоснабжения

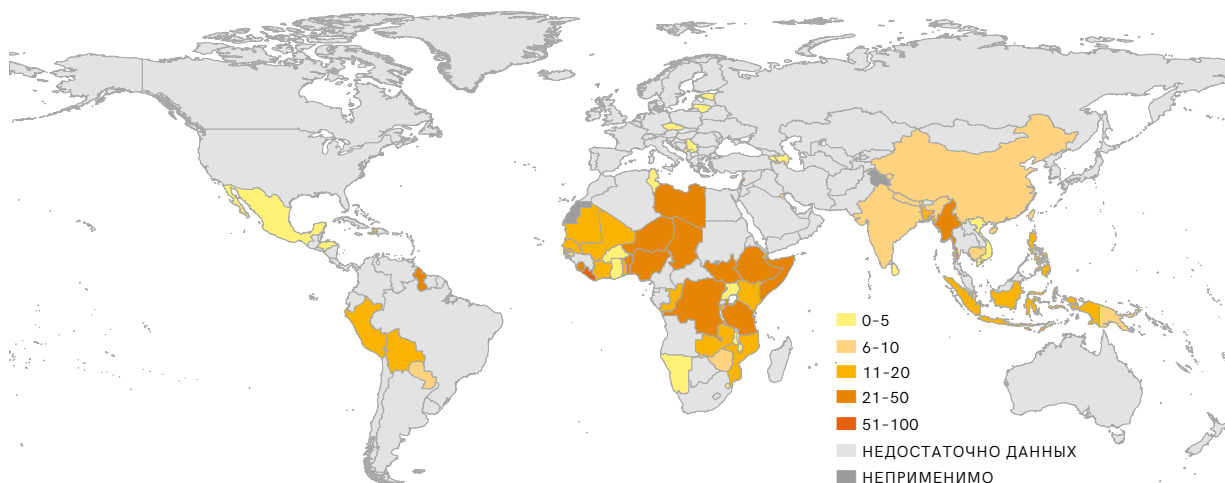


РИС. 4 Доля медицинских учреждений, не обеспеченных услугами водоснабжения, 2016 г. (%)

Основные факты

В 2016 г.:

1. Достаточный объем данных для оценки охвата медицинских учреждений **базовыми** санитарно-техническими сооружениями имелся только в **18 странах** и одном регионе ЦУР.
2. Для расчета глобального охвата медицинских учреждений **базовыми** санитарно-техническими сооружениями основными расчетными данными располагало недостаточно большое число стран.
3. В странах Африки к югу от Сахары **базовый уровень** услуг обеспечивался только в **23%** медицинских учреждений.
4. **Четыре из восьми** регионов ЦУР не располагали достаточным объемом данных для оценки обеспеченности медицинских учреждений санитарно-техническими сооружениями.
5. **21%** медицинских учреждений во всем мире **не были обеспечены** санитарно-техническими сооружениями, т.е. у них были неулучшенные туалеты или вообще не было туалетов.
6. Доля медицинских учреждений, не имевших санитарно-технических сооружений, варьировалась от 5% в Восточной и Юго-Восточной Азии до **40%** в Центральной и Южной Азии.
7. В **42%** развивающихся стран, не имеющих выхода к морю, в медицинских учреждениях был обеспечен **базовый** уровень услуг санитарии.
8. В наименее развитых странах услуги санитарии **отсутствовали** в **21%** медицинских учреждений.
9. **Услуги санитарии отсутствовали** в **9%** больниц и в **20%** других медицинских учреждений.
10. **Услуги санитарии отсутствовали** в **16%** государственных медицинских учреждений и в **36%** частных медицинских учреждений.
11. **Более 1,5 миллиарда человек не были обеспечены услугами санитарии** в медицинских учреждениях, где им оказывалась медицинская помощь.

БАЗОВЫЙ УРОВЕНЬ УСЛУГ САНИТАРИИ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Улучшенные санитарно-технические сооружения пригодны для использования, причем как минимум один туалет предназначен для персонала, как минимум один туалет разделен на мужской и женский, в котором есть условия для соблюдения требований гигиены во время менструации, и как минимум один туалет приспособлен для людей с ограниченной подвижностью.

В 2016 г. в каждом пятом медицинском учреждении в мире услуги санитарии отсутствовали

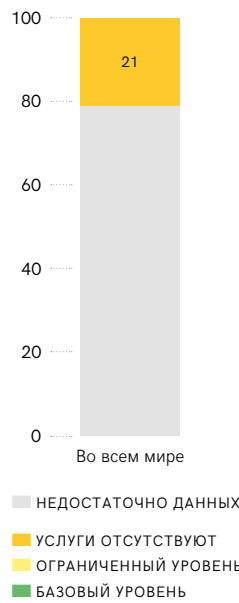


РИС. 5 Уровень услуг санитарии в медицинских учреждениях в мире, 2016 г. (%)

Данные об уровне услуг санитарии в медицинских учреждениях в 2016 г. имелись в наличии только в одном регионе ЦУР.

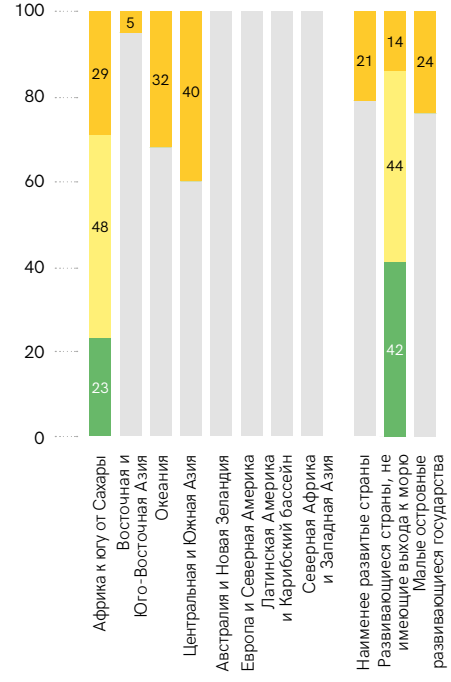


РИС. 6 Уровень услуг санитарии в медицинских учреждениях в регионах, 2016 г. (%)

В 2016 г. в 28 из 66 стран, у которых имелись данные, более чем в 10% медицинских учреждениях услуги санитарии отсутствовали

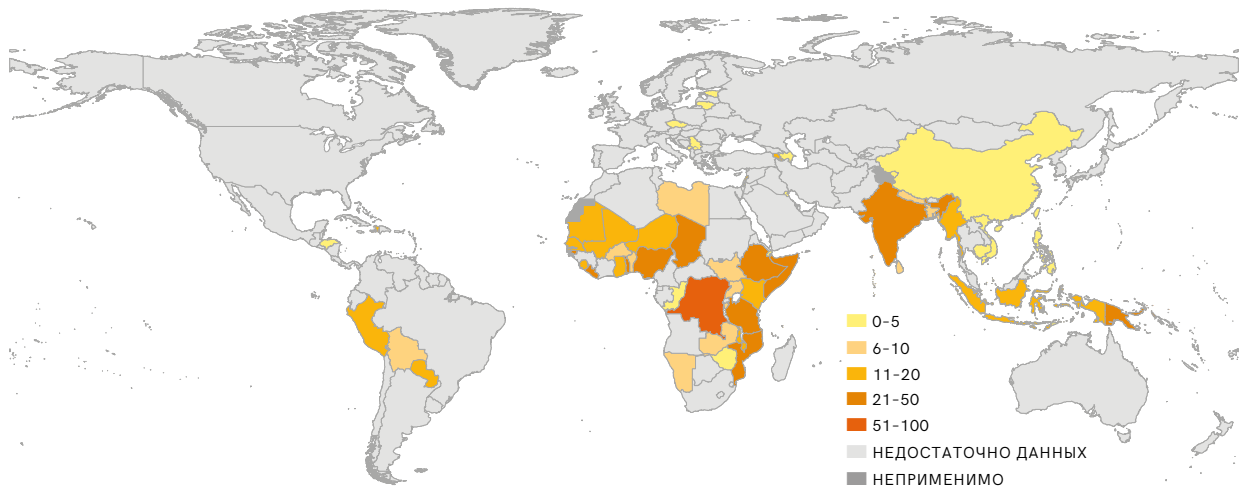


РИС. 7 Доля медицинских учреждений, в которых отсутствовали услуги санитарии, 2016 г. (%)

Основные факты

В 2016 г.:

1. **Достаточными данными для оценки обеспеченности медицинских учреждений базовыми** услугами в области гигиены, т.е. данными о наличии в пунктах оказания помощи и в пределах 5 метров от туалетов функционирующих точек для соблюдения гигиены рук (с водой и с мылом и/или с антисептиком для протирания рук на спиртовой основе) располагали 14 стран.
2. Для расчета глобальной обеспеченности медицинских учреждений **базовыми** услугами в области гигиены основными расчетными данными располагало недостаточно большое число стран.
3. **Четыре из восьми** регионов ЦУР не располагали достаточным объемом данных для оценки обеспеченности медицинских учреждений средствами гигиены.
4. В Восточной и Юго-Восточной Азии **базовыми** средствами гигиены располагало **одно из трех** медицинских учреждений (36%).
5. **В одном из шести** медицинских учреждений в мире (16%) не было **никаких средств гигиены**: это означает, что в местах оказания медицинской помощи отсутствовали приспособления для мытья рук, а в туалетах не было мыла и воды.
6. Данными о наличии приспособлений для мытья рук в туалетах располагало относительно небольшое число стран (16), однако больше данных (в 55 странах) имелось о наличии приспособлений для гигиены рук в местах оказания медицинской помощи.
7. Приспособления для мытья рук в местах оказания медицинской помощи имелись **в 57%** медицинских учреждений в мире.
8. В Африке к югу от Сахары в **половине** медицинских учреждений (**51%**) в местах оказания медицинской помощи имелся антисептик для протирания рук на спиртовой основе.
9. В Африке к югу от Сахары приспособления для гигиены рук в местах оказания медицинской помощи имелись в **84%** больниц и только в **64%** других медицинских учреждениях.

БАЗОВЫЙ УРОВЕНЬ УСЛУГ В ОБЛАСТИ ГИГИЕНЫ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

В пунктах оказания помощи и в пределах 5 метров от туалетов имеются функционирующие точки для соблюдения гигиены рук (с водой и с мылом и/или с антисептиком для протирания рук на спиртовой основе).

В 2016 г. в каждом шестом медицинском учреждении в мире отсутствовали средства гигиены

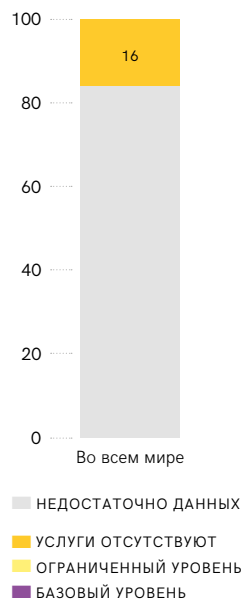


РИС. 8

Данные об обеспеченности медицинских учреждений средствами гигиены в 2016 г. имелись в наличии только в одном регионе ЦУР

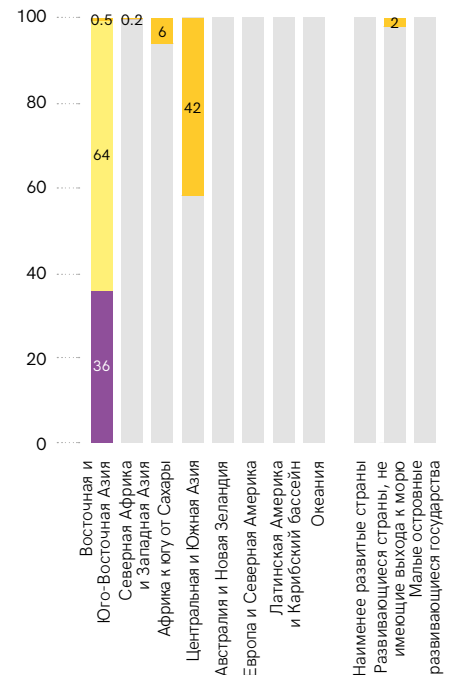


РИС. 9

В 2016 г. в 8 из 55 стран, в которых имелись данные, более чем в половине медицинских учреждений не было приспособлений для мытья рук в местах оказания медицинской помощи.

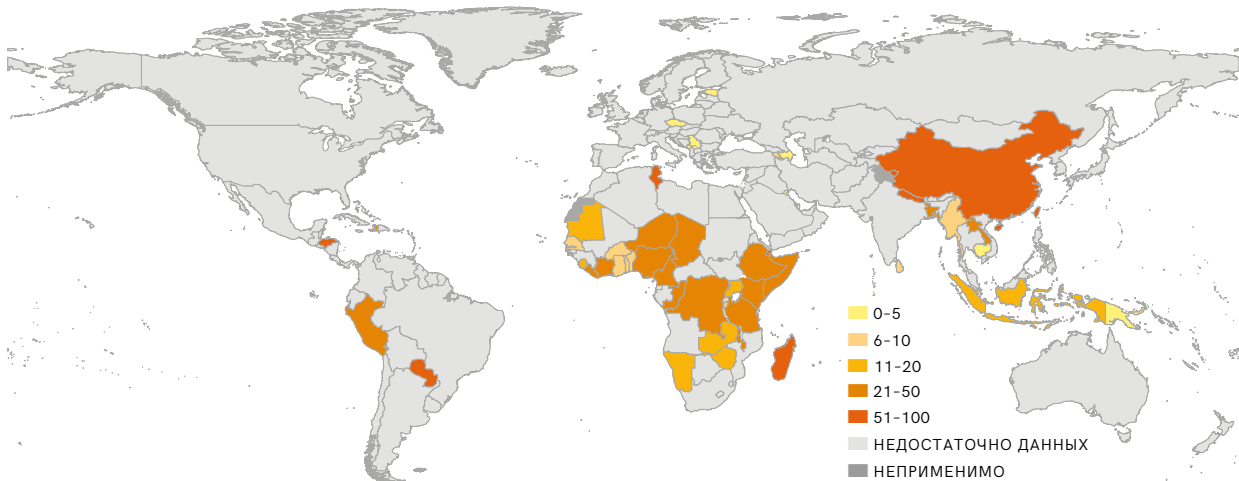


РИС. 10

ОБРАЩЕНИЕ С ОТХОДАМИ

Основные факты

В 2016 г.:

1. **48 стран** располагали достаточными данными для оценки охвата медицинских учреждений **базовыми** услугами по обращению с отходами.
2. Для расчета охвата медицинских учреждений **базовыми** услугами по обращению с отходами на глобальном уровне основными расчетными данными располагало недостаточно большое число стран.
3. **27%** медицинских учреждений в наименее развитых странах были обеспечены **базовыми** услугами по обращению с медицинскими отходами.
4. В Океании **базовыми** услугами по обращению с медицинскими отходами было обеспечено **одно из десяти** медицинских учреждений (10%).
5. В Африке к югу от Сахары **базовыми** услугами по обращению с отходами было обеспечено **40%** медицинских учреждений.
6. Системы разделения отходов имелись в **60%** медицинских учреждений в мире.
7. В Африке к югу от Сахары **базовыми** услугами по обращению с отходами были обеспечены **60%** больниц и **38%** других медицинских учреждений. **Семь из десяти** государственных (71%) и половина (55%) негосударственных медицинских учреждений осуществляли безопасное разделение отходов.

БАЗОВЫЙ УРОВЕНЬ УСЛУГ ПО ОБРАЩЕНИЮ С ОТХОДАМИ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Отходы безопасно разделяются как минимум по трем контейнерам и производится безопасная обработка и удаление острых и инфекционных отходов.

Данные о наличии базовых услуг по обращению с отходами в медицинских учреждениях в 2016 г. имелись в наличии только в двух регионах ЦРУ

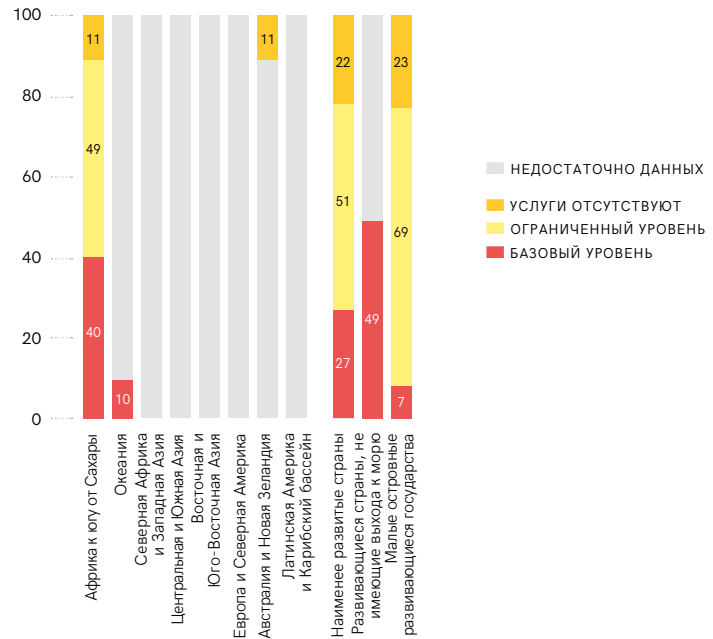


РИС. 11 Обеспеченность медицинских учреждений услугами по обращению с отходами на уровне регионов, 2016 г. (%)

В 2016 г. в 30 из 48 стран, в которых имелись данные, более чем в половине медицинских учреждений не был обеспечен базовый уровень услуг по обращению с отходами

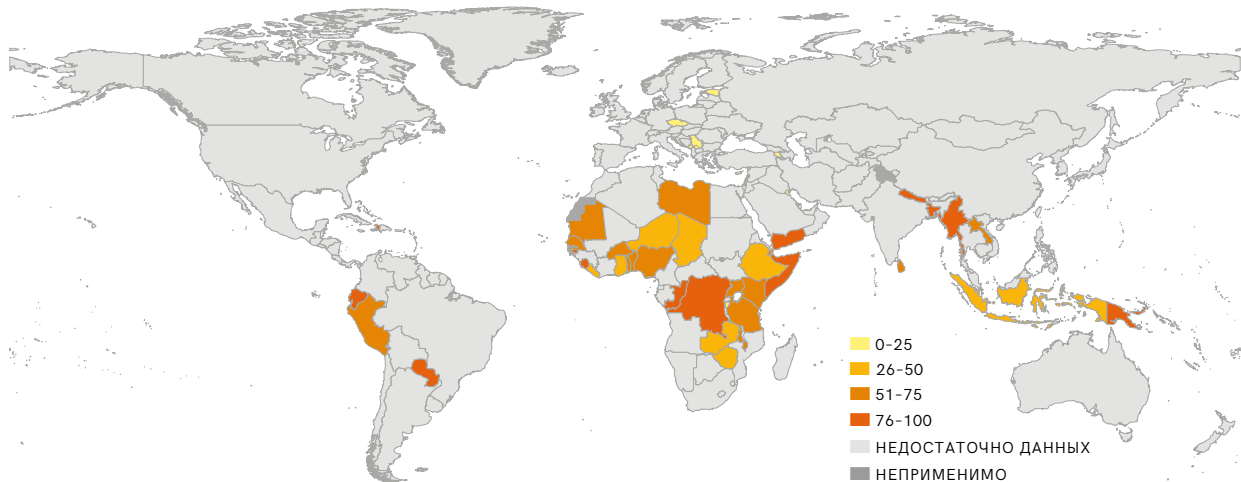


РИС. 12 Доля медицинских учреждений, не обеспеченных базовыми услугами по обращению с отходами, 2016 г. (%)

ПОДДЕРЖАНИЕ ЧИСТОТЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

Основные факты

В 2016 г.:

1. Только **4 страны** располагали достаточными данными для оценки охвата медицинских учреждений **базовыми** услугами по поддержанию чистоты окружающей среды.
2. Для расчета глобального охвата медицинских учреждений **базовым уровнем** услуг по поддержанию чистоты окружающей среды основными оценочными данными располагало недостаточно большое число стран.

БАЗОВЫЙ УРОВЕНЬ УСЛУГ ПО ПОДДЕРЖАНИЮ ЧИСТОТЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Имеются элементарные протоколы проведения уборки, и весь персонал, отвечающий за уборку и поддержание чистоты, прошел соответствующую подготовку.



ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЛЯ РАСШИРЕННОГО МОНИТОРИНГА

Все пять глобальных показателей базовых услуг важны как отправная точка для глобального мониторинга состояния

WASH в медицинских учреждениях, однако они не охватывают всех аспектов услуг WASH, которые имеют большое значение для улучшения итоговых показателей здоровья населения, повышения качества медицинской помощи и охраны здоровья медицинских работников. Например, показатель базовых услуг водоснабжения не предполагает непосредственного измерения качества воды, хотя качество воды имеет колоссальное значение.

УСЛУГИ	БАЗОВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ	ПРИМЕРЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ				
		НАЛИЧИЕ	ДОСТУПНОСТЬ	ПРИЕМЛЕМОСТЬ	КАЧЕСТВО	ПРОЧЕЕ
Водоснабжение	<ul style="list-style-type: none"> Наличие <ul style="list-style-type: none"> исправность Доступность <ul style="list-style-type: none"> в помещении или на территории Качество <ul style="list-style-type: none"> улучшенный источник водоснабжения 	<ul style="list-style-type: none"> достаточное количество воды для различных видов использования бесперебойность подачи воды сезонность хранение воды место расположения и число водозаборных точек отношение числа водозаборных точек к числу пациентов или коек 	<ul style="list-style-type: none"> доступность питьевой воды для лиц с ограниченными возможностями 	<ul style="list-style-type: none"> вкус и внешний вид питьевой воды 	<ul style="list-style-type: none"> <i>E. coli</i>, <i>Legionella</i>, остаточный хлор, химические вещества и т.д. очистка воды на месте 	<ul style="list-style-type: none"> водопровод наличие нескольких источников обеспечение водой для разных видов использования, включая использование для питья разные стандарты для разных типов учреждений
Санитария	<ul style="list-style-type: none"> Наличие <ul style="list-style-type: none"> пригодность для использования для женщин и мужчин для персонала Доступность <ul style="list-style-type: none"> для лиц с ограниченной подвижностью Приемлемость <ul style="list-style-type: none"> обеспечение уединения соблюдение требований гигиены во время менструации. Качество <ul style="list-style-type: none"> улучшенные туалеты или уборные 	<ul style="list-style-type: none"> расположение и число туалетов отношение числа туалетов к числу пациентов или коек 	<ul style="list-style-type: none"> расстояние между зонами приема пациентов и туалетами 	<ul style="list-style-type: none"> соответствие культурным нормам 	<ul style="list-style-type: none"> чистота подключение к канализации обращение с фекальным шламом 	<ul style="list-style-type: none"> свидетельства открытой дефекации на территории учреждения организация отведения нечистот и стоков меры по борьбе с переносчиками болезней в туалетах
Гигиена	<ul style="list-style-type: none"> Наличие <ul style="list-style-type: none"> функциональность приспособлений для гигиены рук в местах оказания помощи функциональность приспособлений для мытья рук в туалетах 	<ul style="list-style-type: none"> расположение и число точек для мытья рук отношение числа точек для мытья рук к числу пациентов или коек 				<ul style="list-style-type: none"> соблюдение правил гигиены рук размещение на видных местах информационных материалов о правилах гигиены мероприятия по пропаганде соблюдения правил гигиены обучение по вопросам гигиены и контроля инфекции
Обращение с отходами	<ul style="list-style-type: none"> Качество <ul style="list-style-type: none"> разделение медицинских отходов обработка и удаление отходов 	<ul style="list-style-type: none"> расположение и число мусорных баков и контейнеров отношение числа мусорных баков к числу пациентов или коек функциональность установок для сжигания отходов наличие топлива/энергии для мусоросжигательных установок удаление химических и радиоактивных отходов 	<ul style="list-style-type: none"> исключен доступ детей к мусорным бакам 		<ul style="list-style-type: none"> наличие ограды вокруг зоны хранения отходов 	<ul style="list-style-type: none"> средства индивидуальной защиты для лиц, ответственных за обращение с отходами
Уборка помещений	<ul style="list-style-type: none"> Наличие <ul style="list-style-type: none"> имеются протоколы Качество <ul style="list-style-type: none"> подготовленный персонал 	<ul style="list-style-type: none"> расположение и число пунктов уборки наличие расходных материалов для уборки, включая дезинфицирующие средства 			<ul style="list-style-type: none"> периодичность проведения уборки визуальная чистота используемые методы уборки 	

ТАБЛИЦА 2 Базовые и дополнительные показатели, сгруппированные по критериям, касающимся прав человека

Глобальные показатели базовых услуг представляют собой компромисс между нормативными требованиями и тем, что можно практически отслеживать и агрегировать на национальном и глобальном уровнях на начальном этапе периода ЦУР. Ряд дополнительных показателей может быть объектом мониторинга на местном уровне и использоваться для повышения качества предоставления услуг. Такая информация могла бы быть агрегирована на национальном, а в конечном счете и на глобальном уровне, если это позволит качество данных. Отражая свои приоритеты и устремления, страны могут

счесть целесообразным определить уровни услуг, которые описываются этими дополнительными показателями и выходят за рамки базового уровня. Примеры дополнительных показателей, не учитываемых при оценке базового уровня обслуживания, приведены в таблице 2. Как основные, так и дополнительные показатели сгруппированы по признаку доступности, наличия, приемлемости и качества, которые вытекают из прав человека (вставка 1). В настоящем докладе приводятся примеры, иллюстрирующие, как страны осуществляют мониторинг некоторых из этих дополнительных показателей.

ВСТАВКА 1

Поэтапная реализация прав человека на здоровье, безопасное водоснабжение и санитарии

Право на здоровье широко признается государствами-членами ООН и является важнейшим условием реализации других прав человека, включая право на безопасную воду и санитарии, а также зависит от реализации этих прав. Согласно замечанию общего порядка № 14 Комитета по экономическим, социальным и культурным правам³, право на здоровье включает следующие основные компоненты:

- **Наличие:** необходимость располагать достаточным количеством функционирующих учреждений, товаров и услуг в сфере здравоохранения и медицинской помощи, а также соответствующих программ.
- **Доступность:** учреждения, товары и услуги здравоохранения должны быть доступны каждому человеку. Доступность имеет четыре взаимосвязанных аспекта: недискриминация, физическая доступность, экономическая доступность (доступность с точки зрения расходов) и доступность информации.
- **Приемлемость:** необходимость соответствия принципам медицинской этики, культурной приемлемости и учета гендерной проблематики. Приемлемость предполагает, что учреждения, товары, услуги и программы здравоохранения должны быть ориентированы на потребности людей и учитывать конкретные потребности различных групп населения в соответствии с международными стандартами медицинской этики в области конфиденциальности и информированного согласия.
- **Качество:** учреждения, товары и услуги здравоохранения должны быть приемлемыми с научной и медицинской точек зрения. Качество является ключевым компонентом всеобщего охвата услугами здравоохранения и включает такие аспекты, как опыт получения медицинской помощи и восприятие ее качества пациентами. Качественные услуги здравоохранения должны быть безопасными, полноценными, ориентированными на человека, своевременными, основанными на принципе справедливости, комплексными и рациональными.

В отношении водоснабжения и санитарии как прав человека применяются аналогичные нормативные критерии.

Специальный докладчик ООН отметила, что «государствам-членам следует установить стандарты доступности, наличия, качества, экономической доступности, приемлемости и устойчивости услуг водоснабжения и санитарии» и что эти стандарты должны «применяться к услугам на дому, а

также на месте работы, в школе, в медицинских центрах, в общественных местах и в местах лишения свободы»⁴.

Ключевым принципом права на здоровье является принцип его постепенной реализации при максимальном использовании имеющихся ресурсов. От правительств не требуется незамедлительно обеспечить полное соблюдение обязательств в области прав человека, и ограниченность ресурсов может делать это невозможным в краткосрочной перспективе. Тем не менее, какими бы ни были имеющиеся в их распоряжении ресурсы, правительства могут и должны принять незамедлительные меры для осуществления этих прав исходя из имеющихся у них средств. Целесообразным для постановки задач по постепенному улучшению качества услуг, независимо от текущего уровня охвата, является подход, основанный на "иерархических лестницах услуг". Каждое правительство должно решить, какие шаги следует предпринять и какой выбрать баланс между ассигнованиями на первичную, вторичную и третичную медико-санитарную помощь. Правительства могут ставить разные цели: добиться того, чтобы ни одно медицинское учреждение не оставалось без услуг WASH, гарантировать всеобщий доступ к базовым услугам или достичь более высоких уровней услуг.

«Государство-участник должно располагать достаточным количеством функционирующих учреждений, товаров и услуг в сфере здравоохранения и медицинской помощи, а также соответствующих программ. Точный характер этих учреждений, товаров и услуг будет варьироваться в зависимости от целого ряда факторов, включая уровень развития государства-участника. При этом к ним будут относиться основополагающие предпосылки здоровья, такие как инфраструктура для снабжения безопасной питьевой водой и адекватными санитарными услугами, больницы, поликлиники и другие учреждения здравоохранения...»

Замечание общего порядка № 14, п. 12.

³ Экономический и Социальный Совет Организации Объединенных Наций, замечание общего порядка №14: Право на наивысший достижимый уровень здоровья E/C.12/2000/4, ООН, Женева, 2000 <<https://digitallibrary.un.org/record/425041>>.

⁴ de Albuquerque, Catarina, *Realising the Human Rights to Water and Sanitation: A handbook by the UN Special Rapporteur Catarina de Albuquerque*, UN Special Rapporteur on the human right to safe drinking water and sanitation, Portugal, 2014, <www.ohchr.org/en/issues/waterandsanitation/srwater/pages/handbook.aspx>.

ВВЕДЕНИЕ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) с 1990 г. в рамках Совместной программы ВОЗ/ЮНИСЕФ по мониторингу водоснабжения, санитарии и гигиены (СПМ) регулярно публикуют последние данные о положении дел в области водоснабжения, санитарии и гигиены (WASH). СПМ отслеживала ход достижения Целей тысячелетия в области развития (ЦТР), а теперь отвечает за мониторинг глобального прогресса в реализации задач, касающихся WASH, которые предусматриваются в Целях в области устойчивого развития (ЦУР).⁵

Сформулированные в ЦУР задачи включают обеспечение «всеобщего доступа» к услугам WASH. Для этого требуется уделять больше внимания услугам WASH не только в домашних хозяйствах, но и в организованной среде, например, в школах, медицинских учреждениях, на предприятиях и в организациях, где работают люди. В предпринимаемых во всем мире усилиях по обеспечению образования для всех признается роль, которую играет система WASH в школах в улучшении доступа к образованию, позволяющему добиться успеха в жизни благодаря полученным знаниям, особенно для девочек.⁶ В 2018 г. СПМ опубликовала первую глобальную оценку состояния WASH в школах. Точно так же в последние годы повышенное внимание стало уделяться и состоянию WASH в медицинских учреждениях и его связи с итоговыми показателями здоровья населения. В настоящем докладе впервые дается оценка системы водоснабжения, санитарии, гигиены, обращения с медицинскими отходами и поддержания чистоты окружающей среды в медицинских учреждениях и устанавливаются расчетные исходные уровни для последующего мониторинга прогресса в течение всего периода реализации ЦУР. Этот доклад дополняется еще одним докладом ВОЗ и ЮНИСЕФ, в котором описываются практические шаги, которые могут быть предприняты странами для улучшения состояния WASH в медицинских учреждениях.⁷

Вопросы WASH и охраны здоровья в Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 года

В 2015 г. 193 государства-члена Организации Объединенных Наций на сессии Генеральной Ассамблеи единогласно приняли

документ «Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года»,⁸ в котором были сформулированы 17 Целей в области устойчивого развития (ЦУР) и 169 глобальных задач в этой области на период 2015–2030 гг. Эта грандиозная и всеобщая повестка дня касается всех стран, и в ней особо подчеркивается, что «никто не будет забыт» и будут выявлены и постепенно устранены неравенства в уровнях услуг.

ЦУР 6 требует «обеспечения наличия и рационального использования водных ресурсов и санитарии для всех» и включает задачи обеспечения к 2030 году всеобщего доступа к безопасной питьевой воде, санитарии и гигиене для всех (задачи 6.1 и 6.2). Термин «всеобщий» означает все виды социальной среды, включая домашние хозяйства, школы, медицинские учреждения, предприятия и организации, в которых работают люди, и общественные места, а под выражением «для всех» имеются ввиду услуги, которые отвечают потребностям женщин, мужчин, девочек и мальчиков – людей всех возрастов, в том числе лиц с ограниченными возможностями.⁹

ЦУР 3 предусматривает «обеспечение здоровой жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте» и включает конкретную задачу: уменьшить бремя болезней в результате отсутствия безопасной воды, безопасной санитарии и возможностей для соблюдения требований гигиены (3.9). В соответствии с другими задачами (3.1, 3.2), необходимо снизить материнскую смертность и смертность детей до пяти лет и новорожденных, а на все эти показатели смертности напрямую влияет состояние WASH в лечебно-профилактических учреждениях. Более того, страны смогут достичь всеобщего охвата услугами здравоохранения (задача 3.8) только тогда, когда каждый человек будет иметь доступ к качественным медико-санитарным услугам, в том числе к медицинским учреждениям, в которых обеспечены базовые услуги WASH.

Эти задачи по своим масштабам огромны, но они также взаимосвязаны, и выполнение одной из них облегчает выполнение других. В марте 2018 г. Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций выступил с глобальным призывом к принятию практических мер по улучшению состояния WASH во всех медицинских учреждениях¹⁰ и при этом отметил, что медицинские учреждения являются

⁵ Совместная программа Всемирной организации здравоохранения и Детского фонда Организации Объединенных Наций по мониторингу водоснабжения, санитарии и гигиены. "Прогресс в области обеспечения питьевой водой, санитарии и гигиены: обновленная информация за 2017 г. и исходные уровни для достижения Целей в области устойчивого развития". ВОЗ и ЮНИСЕФ, Женева, 2017 г., <<https://washdata.org/report/jmp-2017-report-final>>.

⁶ ЮНЕСКО, "Движение "Образование для всех"", ЮНЕСКО, 2017 г. <www.unesco.org/new/en/archives/education/themes/leading-the-international-agenda/education-for-all/>, по состоянию на 23 мая 2019 г.

⁷ World Health Organization and the United Nations Children's Fund, *Water, Sanitation, and Hygiene in Health Care Facilities: Practical steps to achieve universal access*. WHO and UNICEF, Geneva, 2019, <www.who.int/water_sanitation_health/publications/wash-in-health-care-facilities/en/index.html>.

⁸ Организация Объединенных Наций. Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН A/RES/70/1, ООН, Женева, 21 октября 2015 г. <http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=R>.

⁹ World Health Organization and the United Nations Children's Fund Joint Monitoring Programme for Water Supply, Sanitation and Hygiene, *WASH in the 2030 Agenda: New global indicators for drinking water, sanitation and hygiene*, WHO and UNICEF, 2017, <<https://washdata.org/report/jmp-2017-wash-2030-agenda>>.

¹⁰ United Nations Secretary-General, 'Secretary-General's remarks at Launch of International Decade for Action "Water for Sustainable Development" 2018-2028 [as delivered]', UN, Geneva, 22 March 2018, <www.un.org/sg/en/content/sg/statement/2018-03-22/secretary-generals-remarks-launch-international-decade-action-water>, accessed 13 March 2019.



важнейшими инструментами снижения заболеваемости и что без базовых средств WASH медицинские учреждения могут лишь способствовать еще большему распространению инфекций, увеличению продолжительности пребывания в стационарах и повышению предотвратимой смертности, включая материнскую и младенческую.

Мониторинг WASH в медицинских учреждениях

В предлагаемом докладе СПМ основное внимание уделяется мониторингу состояния WASH в медицинских учреждениях, тогда как в сопутствующем ему документе, касающемся практических шагов⁷, подробно излагается глобальный план работы и обозначены восемь шагов, которые могут быть предприняты странами для улучшения состояния WASH в медицинских учреждениях:

1. Провести анализ и оценку ситуации.
2. Установить целевые показатели и наметить дорожную карту.
3. Принять национальные нормативы и правила.
4. Улучшить инфраструктуру и техническое обслуживание.
5. Вести мониторинг и анализировать данные.
6. Укреплять кадры здравоохранения.

7. Привлекать местное население.
8. Проводить операционные исследования и обмениваться получаемыми знаниями.

Настоящий доклад представляет собой подборку и анализ имеющихся данных мониторинга, которые уже были собраны и проанализированы странами (шаг 5). В новой глобальной базе данных СПМ о состоянии WASH в медицинских учреждениях содержатся данные от 125 стран, полученные в результате оценки более 560 тысяч медицинских учреждений (подробнее см. Приложение 1). Данные были взяты из 260 отчетов о репрезентативных в национальном масштабе оценках учреждений и отображены картографически по схеме стандартного набора глобальных показателей – водоснабжение, санитария, гигиена, обращение с отходами и поддержание чистоты окружающей среды в медицинских учреждениях.

Этот доклад публикуется вслед за предварительным обзором состояния WASH в медицинских учреждениях в 2015 г.¹¹ и заменяет собой тот обзор, в котором было привлечено внимание к проблемам неудовлетворительного состояния WASH во многих медицинских учреждениях в странах с низким и средним уровнем доходов. Выводы обзора и настоящего доклада напрямую несопоставимы, поскольку в основу

¹¹ World Health Organization and the United Nations Children's Fund, *Water, Sanitation and Hygiene in Health Care Facilities: Status in low- and middle-income countries and way forward*, WHO and UNICEF, Geneva, 2015, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/154588/9789241508476_eng.pdf>.



предварительного обзора было положено намного меньшее число оценок, репрезентативных в национальном масштабе (20 репрезентативных оценок с охватом 58 тысяч учреждений, в основном в Африке к югу от Сахары).

Все эти показатели образуют предложенные СПМ иерархические лестницы услуг (рис. 1), используемые для глобального мониторинга, и дают возможность получать и сравнивать статистические данные на международном уровне между странами

и разными периодами времени. Разработка показателей базовых услуг (таблица 3) началась в 2015 г. с анализа общемировых норм¹² и имевшихся национальных показателей и инструментов сбора данных. В 2016 г. на совещании группы экспертов, в которую входили представители сектора WASH и сектора здравоохранения, а также основных международных программ обследований, были рассмотрены, скорректированы и утверждены проект набора стандартизированных показателей и рекомендуемые основные вопросы для использования при сборе данных.¹³

БАЗОВАЯ УСЛУГА ВОДОСНАБЖЕНИЯ	БАЗОВАЯ УСЛУГА САНИТАРИИ	БАЗОВЫЕ СРЕДСТВА СОБЛЮДЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ГИГИЕНЫ	БАЗОВАЯ УСЛУГА ПО ОБРАЩЕНИЮ С ОТХОДАМИ	БАЗОВАЯ УСЛУГА ПО ПОДДЕРЖАНИЮ ЧИСТОТЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ
В помещении или на прилегающей территории есть вода из улучшенного источника. ¹⁴	Улучшенные санитарно-технические сооружения ¹⁵ пригодны для пользования, причем как минимум один туалет предназначен для персонала, как минимум один туалет разделен на мужской и женский, в котором есть условия для соблюдения требований гигиены во время менструации, и как минимум один туалет приспособлен для людей с ограниченной подвижностью. ¹⁶	В местах оказания помощи и в пределах 5 метров от туалетов имеются функционирующие приспособления для соблюдения гигиены рук (с водой и мылом и/или с антисептиком для протирания рук на спиртовой основе).	Отходы безопасно разделяются как минимум по трем контейнерам и производится безопасная обработка и удаление острых и инфекционных отходов.	Имеются базовые протоколы проведения уборки и весь персонал, отвечающий за уборку и поддержание чистоты, прошел соответствующее обучение.

ТАБЛИЦА 3 Глобальные показатели базовых услуг WASH в медицинских учреждениях

¹² См., в частности, "Основные стандарты гигиены окружающей среды в медицинских учреждениях", ВОЗ, Женева, 2008 г. https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/ehs_hc/ru/, и Всемирная организация здравоохранения, "Безопасное управление отходами медико-санитарной деятельности", ВОЗ, Женева, 2014 г. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259684/WHO-FWC-WSH-17.05-rus.pdf?sequence=1>

¹³ World Health Organization and the United Nations Children's Fund, Meeting Report: Expert Group Meeting on Monitoring WASH in Health Care Facilities in the Sustainable Development Goals, WHO and UNICEF, Geneva, 2016, <<https://washdata.org/report/jmp-2016-expert-group-meeting-winhcf>>.

¹⁴ Улучшенные источники водоснабжения – это источники, которые благодаря своей конструкции и устройству способны обеспечить подачу безопасной воды. К таким источникам относятся водопровод, скважины или трубчатые колодцы, защищенные копаные колодцы, защищенные родники, дождевая вода и фасованная или привозная вода.

¹⁵ Улучшенные санитарно-технические сооружения – это сооружения, предназначенные для гигиеничного отделения человеческих экскрементов от контакта с человеком. К ним относятся санитарно-технические сооружения влажного типа, такие как туалеты со смывом и со смывом вручную, подведенные к канализационным коллекторам, септиктенкам или уборным с выгребной ямой, и сооружения сухого типа, такие как сухие уборные с выгребной ямой с напольной плитой и компостирующие туалеты.

¹⁶ Для амбулаторных учреждений требуется как минимум два туалета (один для персонала и один гендерно-нейтральный туалет для пациентов, в котором имеются возможности для соблюдения требований гигиены во время менструации и который доступен для лиц с ограниченной подвижностью). Двух туалетов может быть достаточно для небольшого медицинского учреждения, которое оказывает только амбулаторную помощь, но в более крупных учреждениях нужно иметь больше туалетов.

После этого в течение 2016–2017 гг. проходила апробация в реальных условиях и доработка новых показателей и вопросов. Окончательный набор основных вопросов и показателей¹⁷ отражает баланс между нормативными требованиями и практическими ограничениями, связанными с видом и уровнем информации, которую можно реально собрать от всех типов медицинских учреждений и агрегировать для составления глобальных докладов в течение всего периода реализации ЦУР. После того, как показатели базовых услуг WASH и связанные с ними основные вопросы были впервые опубликованы в 2016 г., они были включены в

руководства, стандарты, стратегии и методики оценки в различных подсекторах здравоохранения (вставка 2; см. также Приложение 2 в публикации *Water, Sanitation and Hygiene in Health Care Facilities: Practical steps to achieve universal access*⁷ [«Водоснабжение, санитария и гигиена в медицинских учреждениях: практические шаги по достижению всеобщего доступа», на англ. языке]). Они также включены в пересмотр «Методики оценки лечебно-профилактических учреждений», проводимый в настоящее время под руководством ВОЗ в рамках деятельности партнерства «Health Data Collaborative».¹⁸

ВСТАВКА 2

Публикации сектора здравоохранения, в которых говорится о WASH в медицинских учреждениях, 2016–2018 гг.



¹⁷ Всемирная организация здравоохранения и Детский фонд Организации Объединенных Наций. Основные вопросы и показатели для мониторинга выполнения включенных в Цели в области устойчивого развития задач по обеспечению WASH в лечебно-профилактических учреждениях. ВОЗ и ЮНИСЕФ, Женева, 2018 г. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311761/978924451454-rus.pdf?ua=1>.

¹⁸ Health Data Collaborative, <www.healthdatacollaborative.org>, accessed 13 March 2019.

УСЛУГИ ВОДОСНАБЖЕНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Для того, чтобы работники медицинских учреждений могли оказывать медико-санитарную помощь, им требуется безопасная вода в достаточных количествах. Питье и приготовление пищи, гигиена рук, принятие душа и купание, разнообразные применения воды в общих и специальных медицинских целях – все это требует надежного снабжения безопасной водой. Вода также нужна для уборки помещений, поддержания в чистоте коек, мытья полов, туалетов, стирки постельного и нательного белья. Она занимает центральное место во всем процессе получения пациентами медико-санитарной помощи, так как позволяет им сохранять нормальную гидратацию организма, содержать в чистоте свое тело и снижает риск заражения инфекциями. Вода нужна

также родственникам больных и неформальным помощникам по уходу, чтобы они могли ухаживать за больными и удовлетворять свои собственные потребности. Без воды медицинское учреждение – это никакое не медицинское учреждение.

В зависимости от вида оказываемых медико-санитарных услуг и масштабов медицинского учреждения потребности в воде у медицинских учреждений разные. Важными аспектами системы водоснабжения являются количество и качество имеющейся в наличии воды, место расположения и доступность водозаборных точек в медицинском учреждении, а также бесперебойность водоснабжения на протяжении всего времени.¹⁹ Однако

¹⁹ Всемирная организация здравоохранения. Основные стандарты гигиены окружающей среды в медицинских учреждениях. ВОЗ, Женева, 2008 г. https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/ehs_hc/ru/.



в большинстве случаев проведения оценки учреждений и в большинстве информационных систем организации здравоохранения собирается лишь ограниченная информация об услугах водоснабжения в медицинских учреждениях.

В этом докладе вводится концепция иерархической лестницы услуг водоснабжения, которая позволяет на основании имеющихся в настоящий момент данных, полученных из национальных источников, классифицировать учреждения как имеющие **базовый уровень услуг, ограниченный уровень услуг** или учреждения, в которых **услуги отсутствуют** (рис. 13). Базовый уровень услуг – это не очень высокий уровень, и в данной главе также приводятся примеры того, как страны собирают дополнительную информацию о предоставляемых у них услугах водоснабжения, например, о непрерывности, достаточности и качестве подаваемой воды. Такой сбор данных сверх базового уровня услуг в будущем можно было бы в принципе использовать для целей мониторинга повышенных уровней услуг; однако в настоящее время эта информация не стандартизирована или недостаточно широко доступна, чтобы использовать ее для глобального мониторинга.

Учреждения здравоохранения классифицируются как имеющие **базовый уровень услуг водоснабжения** в тех случаях, когда они пользуются водой из улучшенного источника, расположенного в помещении или на прилегающей территории, и в момент проведения оценки вода в нем имеется в наличии. Медицинские учреждения, пользующиеся улучшенным источником воды, который не расположен в помещении или на прилегающей территории (но все же находится в пределах 500 метров

от них), или в котором нет воды в момент проведения оценки, классифицируются как имеющие **ограниченный уровень услуг водоснабжения**. Медицинские учреждения, у которых нет источника воды или которые берут воду из неулучшенного источника или пользуются улучшенным источником, расположенным на удалении более 500 метров, классифицируются как учреждения, в которых **услуги водоснабжения отсутствуют**. Так, в Сенегале в результате оценки учреждений в ходе обследования ECPSS 2017 г. было установлено, что тот или иной источник воды был почти у всех медицинских учреждений в стране, однако критерию базового уровня услуг водоснабжения соответствовали менее половины учреждений (рис. 14).

ВОДОСНАБЖЕНИЕ	
Базовый уровень услуг	В помещении или на прилегающей территории есть вода из улучшенного источника ²⁰ .
Ограниченный уровень услуг	В пределах 500 м от учреждения имеется улучшенный источник воды, но соблюдаются не все требования, предъявляемые к базовому уровню услуг.
Услуги отсутствуют	Вода берется из незащищенных копаных колодцев или родников или из поверхностных источников воды или из улучшенного источника, который находится на расстоянии более 500 м от учреждения, или в учреждении нет источника воды.

РИС. 13 Иерархическая лестница услуг водоснабжения в медицинских учреждениях

Иллюстрация выстраивания иерархической лестницы услуг водоснабжения: Сенегал

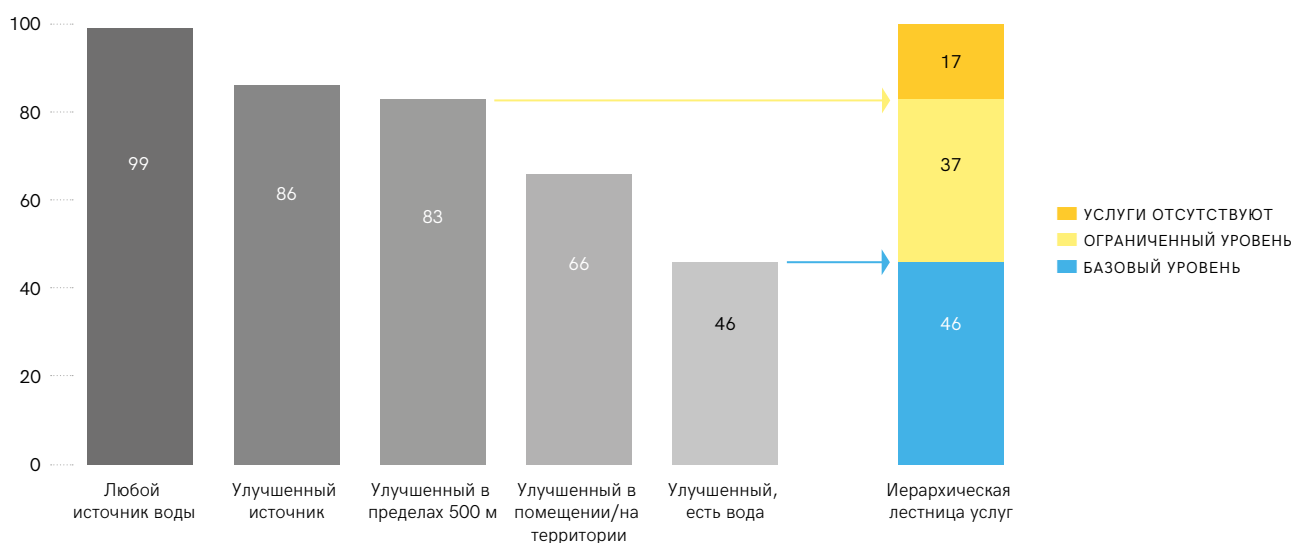


РИС. 14 Медицинские учреждений с разбивкой по уровню услуг водоснабжения, Сенегал, обследование ECPSS, 2017 г. (%)

²⁰ Улучшенные источники водоснабжения – это источники, которые благодаря своей конструкции и устройству способны обеспечить подачу безопасной воды. К таким источникам относятся водопровод, скважины или трубчатые колодцы, защищенные копаные колодцы, защищенные родники, дождевая вода и фасованная или привозная вода.

БАЗОВЫЙ УРОВЕНЬ УСЛУГ ВОДОСНАБЖЕНИЯ

Во всем мире достаточный объем данных для расчета репрезентативных в масштабах страны оценок **базового уровня услуг водоснабжения** в медицинских учреждениях в 2016 г. имелся у 38 стран с совокупным населением 2,6 млрд человек (рис. 15). Данные о других показателях имелись у большего числа стран: доложить о доле медицинских учреждений, в которых **услуги водоснабжения отсутствовали**, могли 69 стран с совокупным населением 61% от всего населения земного шара. СПМ публикует региональные и глобальные оценки²¹ новых показателей, если имеются данные как минимум по 30% населения соответствующей территории.²²

Во всем мире в 2016 г. **базовый уровень услуг водоснабжения** имели 74% медицинских учреждений (рис. 16). В каждом восьмом медицинском учреждении (12%) **услуги водоснабжения отсутствовали**, а в остальных 14% медицинских учреждений был **ограниченный уровень услуг**, т.е. у них либо был доступ к улучшенному источнику воды, который находился вне помещения (но на удалении не более 500 метров), либо в этом источнике на момент проведения оценки не было воды.

В 2016 г. расчетные оценки наличия базового уровня услуг водоснабжения в медицинских учреждениях имелись в 38 странах с совокупным населением 2,6 млрд человек

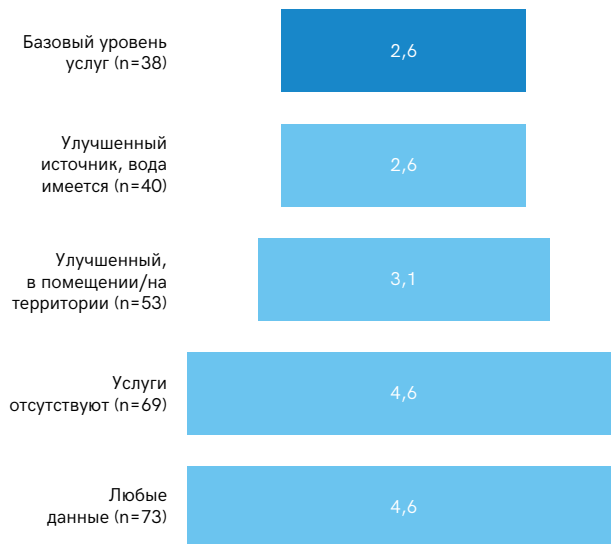


Рис. 15 Охват данными об услугах водоснабжения в медицинских учреждениях, по отдельным показателям, с указанием числа стран и населения, по которым имеются данные (млрд человек), 2016 г.

Во всем мире в 2016 г. четверть медицинских учреждений не имели базовых услуг водоснабжения

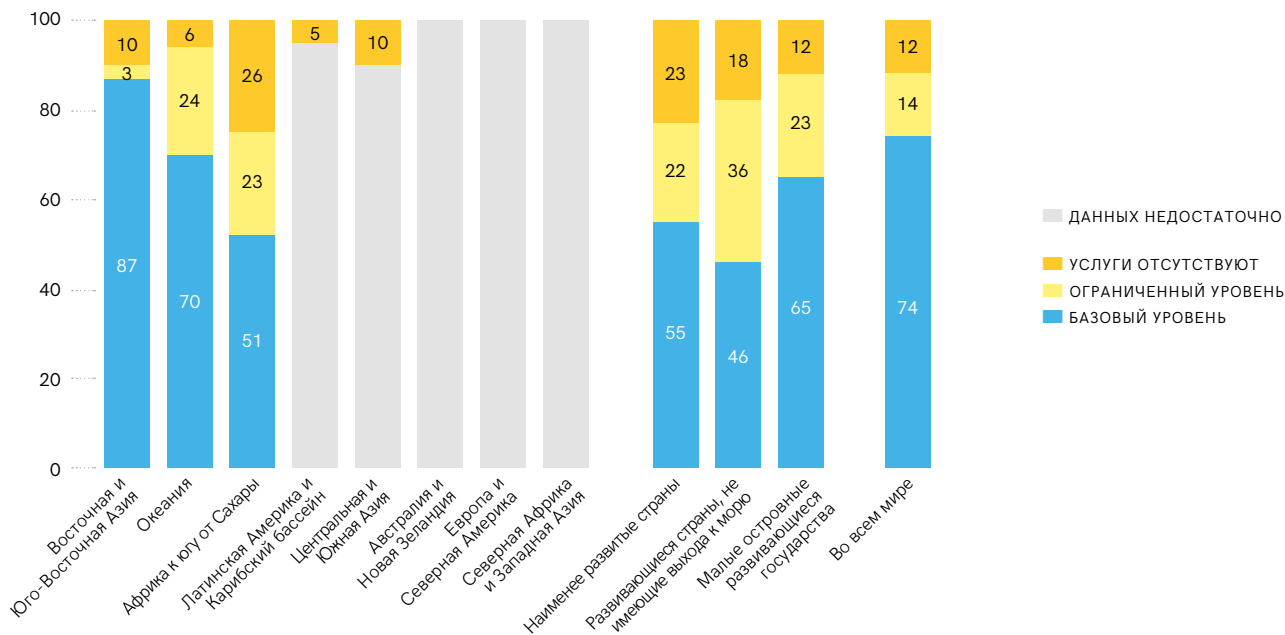


Рис. 16 Охват медицинских учреждений услугами водоснабжения по регионам и во всем мире, 2016 г. (%)

²¹ Для того, чтобы страны в каком-либо одном регионе не оказывали непропорционально большого влияния на глобальные оценки, глобальные оценки рассчитываются из региональных оценок. См. Приложение 1. Методы, применяемые в СПМ.

²² Поскольку население земного шара в 2016 г. составляло 7,47 млрд человек, глобальные оценки можно рассчитывать при условии, что имеются данные по странам с совокупным населением как минимум 2,24 млрд человек. Обратите внимание, что при расчете региональных и глобальных оценок в качестве статистических весов используются показатели численности населения в странах (или городского и сельского населения), а не число медицинских учреждений (что было бы правильнее), так как данные о численности населения получить легче, чем данные о числе различных типов медицинских учреждений. Подробности см. в Приложении 1. Методы, применяемые в СПМ.



Региональные показатели **базового уровня услуг водоснабжения** колебались от 51% в Африке к югу от Сахары до 87% в Восточной и Юго-Восточной Азии (региональные группы стран см. в Приложении 2).

Улучшенные источники водоснабжения

При проведении оценок учреждений обычно спрашивают, что является основным типом источника водоснабжения, который используется медицинским учреждением для общих

целей. В некоторых случаях для разных целей используют разные источники водоснабжения (например, для уборки и для питья), но в глобальном мониторинге внимание обращается на основной источник. Эти источники разделяются на улучшенные (водопровод, скважины или трубчатые колодцы, защищенные копаные колодцы, защищенные родники, дождевая вода и фасованная или привозная вода), неулучшенные (незащищенные родники и колодцы, поверхностная вода и другие источники) и отсутствующие (источников воды нет). Между странами и внутри стран существуют широкие различия в типах источников водоснабжения, используемых медицинскими учреждениями (рис. 17).

В медицинских учреждениях используются различные типы источников водоснабжения

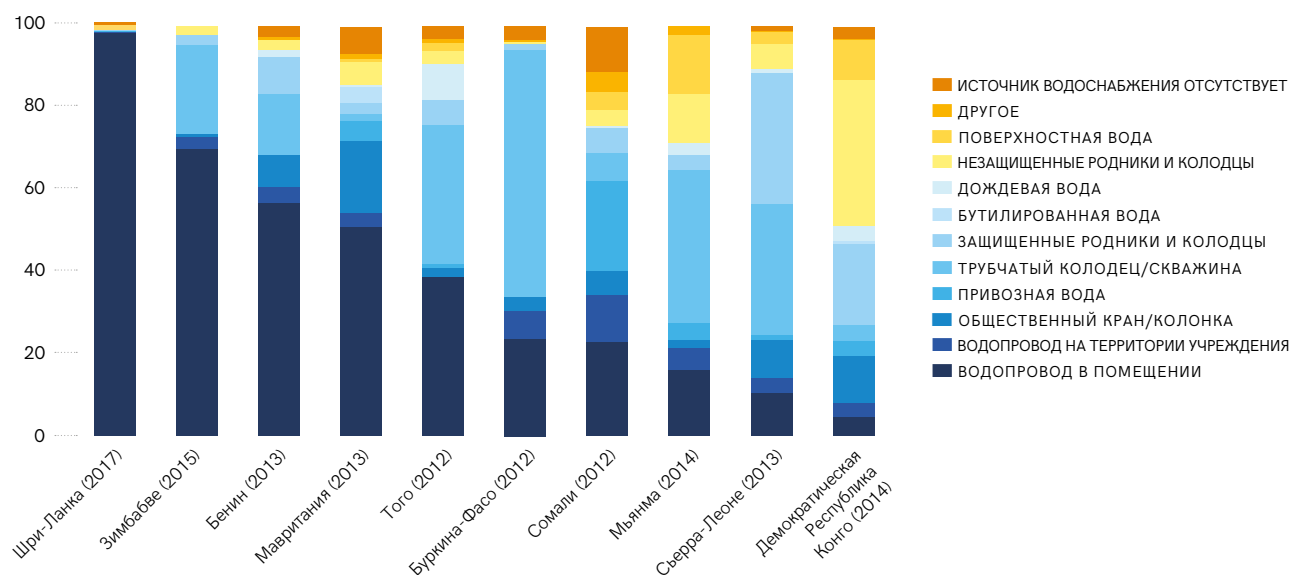


РИС. 17

Доля медицинских учреждений, использующих разные типы источников водоснабжения, по данным некоторых обследований из серии «Оценка наличия и готовности услуг» (SARA), 2012–2017 гг. (%)



В некоторых странах высока доля медицинских учреждений, пользующихся улучшенными источниками воды, но эти источники либо расположены вне помещений/за пределами прилегающей территории (рис. 18а), либо воды в этих источниках на момент проведения оценки нет (рис. 18b). Например, в Камбодже улучшенными источниками в 2016 г. пользовались 94% медицинских учреждений, но только 55% могли пользоваться улучшенными источниками в помещениях или на прилегающей территории. В этом же году в Гондурасе улучшенными источниками пользовались

99% учреждений, но всего в 58% из них в этих улучшенных источниках была в наличии вода. Во всем мире тем или иным улучшенным источником воды пользовались 89% медицинских учреждений; в 78% учреждений источники были расположены в помещениях или на прилегающей территории, а вода в момент проведения оценки была в наличии в 83% из них. Это показывает, как важно не только создавать инфраструктуру там, где она нужна, но и осуществлять ее техническое обслуживание и грамотную эксплуатацию.

Большинство медицинских учреждений пользуются улучшенными источниками воды, но намного меньше учреждений соответствуют критериям базового уровня услуг водоснабжения

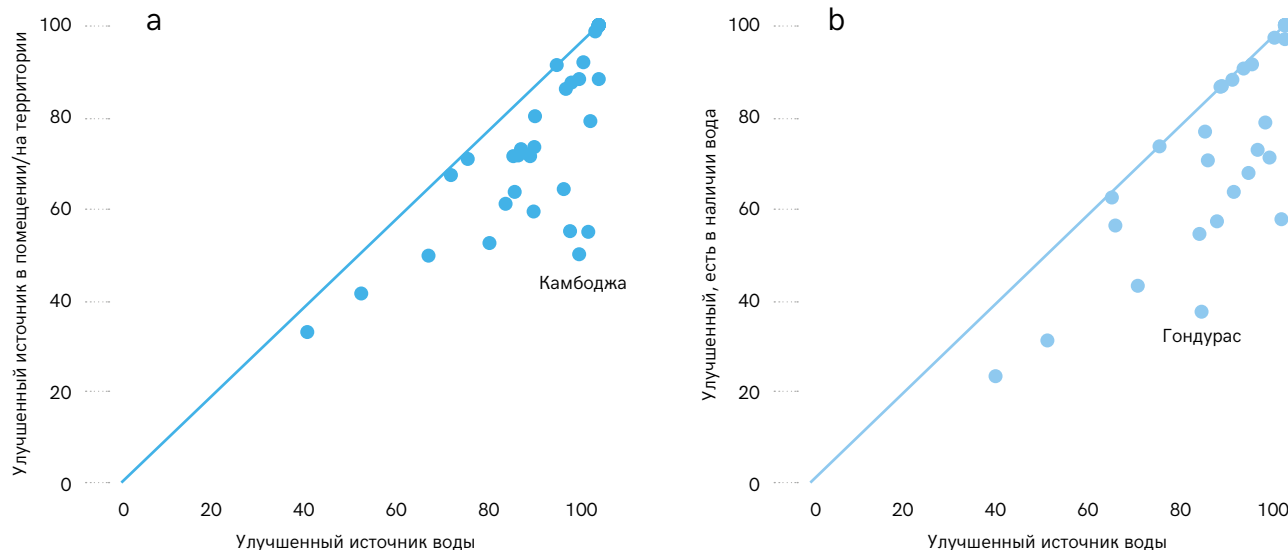


РИС. 18 Доля медицинских учреждений с улучшенными источниками воды и с улучшенными источниками в помещении/на прилегающей территории (а, n=53) или с улучшенными источниками воды, в которых имеется в наличии вода (б, n=40), по странам (%)

Даже когда медицинское учреждение имеет доступ к источнику воды, вода в нем не всегда может быть в наличии в нужный момент из-за перебоев в подаче, которые могут продолжаться от нескольких часов до нескольких недель или даже месяцев. У медицинских учреждений могут быть механизмы преодоления проблем дефицита лекарственных препаратов (неприкосновенные запасы) или электроэнергии (резервные электрогенераторы), но планировать и принимать меры на случай дефицита воды намного сложнее. У медицинских учреждений также могут быть собственные механические насосы, работа которых зависит от наличия

электроэнергии, поэтому отключения электричества часто приводят к дефициту воды. В тех случаях, когда водопроводная вода подается с перебоями, медицинские учреждения могут использовать баки с резервным запасом воды, однако техническое обслуживание таких баков поставщиками водопроводной воды, как правило, не осуществляется и они легко загрязняются. К другим способам смягчения последствий перебоев в подаче воды относятся сбор дождевой воды, использование других источников и применение солнечных батарей для обеспечения надежного электропитания водяных насосов.



ВСТАВКА 3**Количественные оценки наличия воды**

В разных обследованиях и разных источниках данных количественная оценка наличия воды в медицинских учреждениях производится по-разному (таблица 5). В некоторых обследованиях собирается информации о существовании источников водоснабжения, но при этом не фиксируется, находятся ли они в рабочем состоянии на момент проведения оценки. СПМ рекомендует включать

в обследования такой вопрос, как «Имеется ли в наличии вода в основном источнике водоснабжения во время проведения обследования?» Требуется дальнейшие усилия по гармонизации определений, используемых в источниках данных на уровне стран, чтобы можно было проводить сравнения между странами.

В разных обследованиях используются разные критерии оценки наличия воды

СТРАНА	ИСТОЧНИК ДАННЫХ	ГОД	ВОПРОС	ОХВАТЫВАЕМЫЕ ИСТОЧНИКИ	МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ С ФУНКЦИОНИРУЮЩИМИ ИСТОЧНИКАМИ ВОДОСНАБЖЕНИЯ (ИСКЛЮЧАЯ БОЛЬНИЦЫ)
Афганистан	EMONC	2009	Используется ли источник постоянно? Если нет, сколько месяцев в году вы можете получить воду?	Все	95% используются постоянно
Коморские Острова	Национальная оценка	2018	Вода всегда имеется в наличии в достаточном количестве для всех видов использования.	Все	68% да
Египет	SPA	2004	Есть ли сезонные колебания в этом источнике воды для учреждения?	Все	75% нет
Гондурас	ПАОЗ	2017	Имеется ли в наличии вода во время проведения обследования?	Все	58% да
Гвинея-Биссау	Национальная оценка	2017	Когда вы в медицинском центре открываете кран, вытекает ли из него вода?	Только водопровод	76% да
Кения	SDI	2012	Сколько раз за последние 3 месяца были перебои в водоснабжении из этого источника продолжительностью более двух часов?	Все	96% 45 или менее дней с перерывами на два часа или более
Лесото	HFS	2011	Имеется ли у учреждения НАДЕЖНОЕ ПИТЬЕВОЕ ВОДОСНАБЖЕНИЕ 18 часов в сутки?	Все	60% да
Мексика	ENNVIIH	2002	Сколько дней за последний месяц к вам не поступала вода?	Все	83% никогда не оставались без водоснабжения
Нигер	PMA	2018	В течение сегодняшнего дня прерывалось ли водоснабжение на два часа или более?	Только водопровод	71% нет
Шри-Ланка	SARA	2017	Какой источник воды чаще всего используется учреждением в настоящее время? <i>(Убедиться, что вода поступает из источника или имеется в наличии в учреждении в день посещения, например, проверить, работает ли водопровод).</i>	Все	В 99% источников была вода в день посещения
Уганда	ABCE	2012	В обычный год бывает ли такое время года, когда ваше учреждение испытывает острый дефицит воды или вода в нем отсутствует?	Все	57% нет
Уганда	WVI	2014	Сколько часов в неделю медицинское учреждение получает услуги водоснабжения?	Все	81% получают услуги 84 часа или более (50% времени)
Уганда	PMA	2015	Идет ли в вашем учреждении сегодня вода из крана? <i>(Выберите только водопровод. Если воды сегодня не было более двух часов, отметьте "нет")</i>	Только водопроводная вода	37%*

* эти данные для расчета оценок не используются

ТАБЛИЦА 5

Вопросы, которые задаются для оценки наличия воды в ходе оценок медицинских учреждений (полный перечень национальных источников данных см. в страновых файлах СПМ).



Между странами существуют большие различия в охвате базовыми услугами водоснабжения

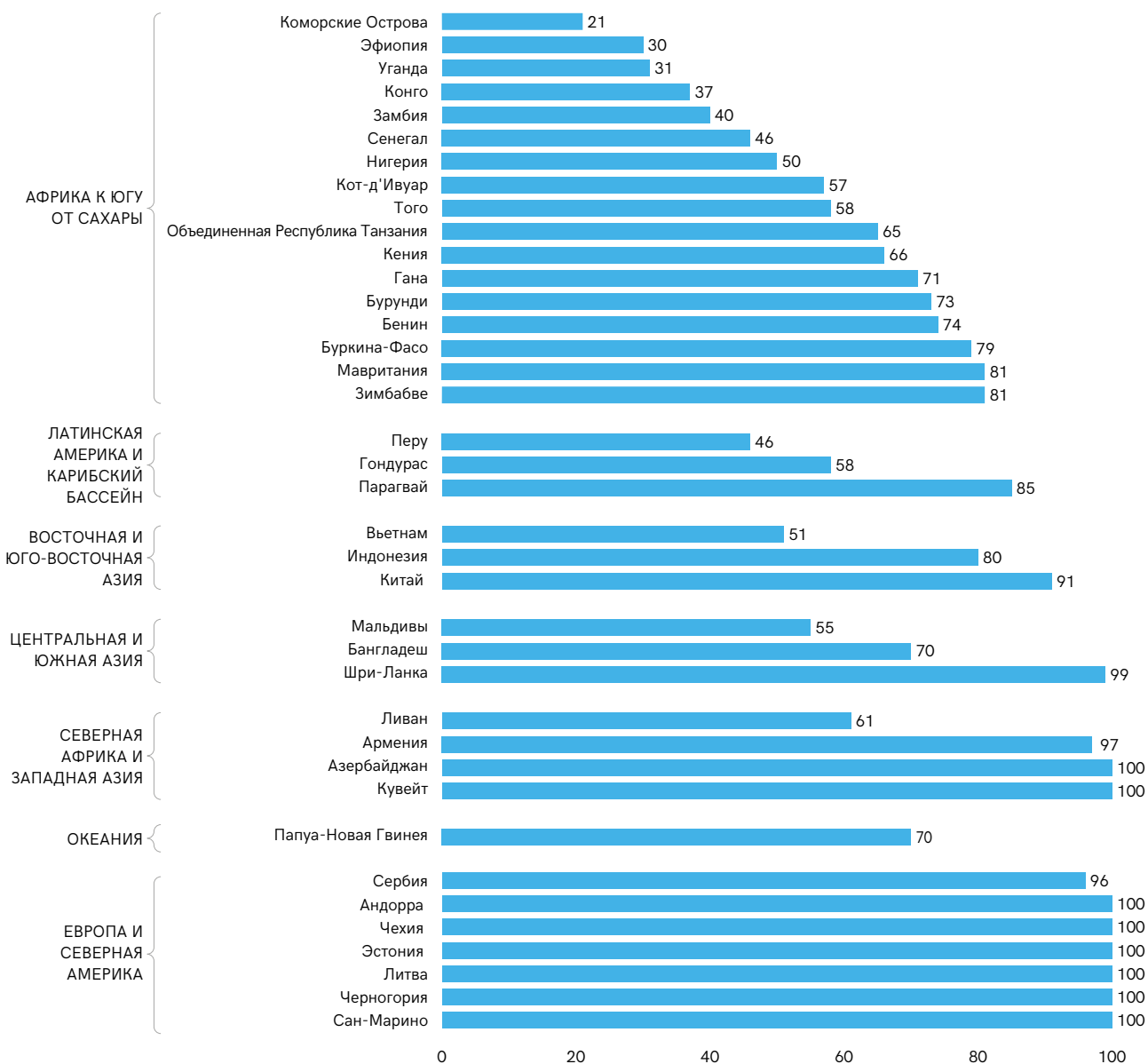


РИС. 19 Доля медицинских учреждений, имеющих базовый уровень услуг водоснабжения, по странам и условным регионам ЦУР, 2016 г. (%)

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЛЯ МОНИТОРИНГА ВОДОСНАБЖЕНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Каждое государство должно само устанавливать нормативы по водоснабжению в медицинских учреждениях и, когда это необходимо, принимать программы улучшения обслуживания. Показатель базового уровня услуг водоснабжения полезен как отправная точка, но он не охватывает многих важных аспектов водоснабжения, таких как качество, бесперебойность и достаточность.²³ Во многих медицинских учреждениях базовый уровень услуг уже достигнут, но услуги водоснабжения все равно нуждаются в улучшении. В зависимости от своих приоритетов и имеющихся ресурсов страны могут рассматривать вопрос о введении дополнительных показателей, соответствующих более высоким уровням услуг.

В следующем разделе приводятся примеры, которые, не являясь всеобъемлющим описанием, иллюстрируют показатели, отслеживаемые в странах.

Водопроводная вода

В идеале все медицинские учреждения, особенно больницы²⁴ должны быть постоянно обеспечены водопроводной водой, однако в некоторых странах такой уровень услуг представляется труднодостижимым. Во всех условных регионах ЦУР, в которых имелись данные, по крайней мере в одной оценке было установлено, что водопроводной водой в здании или на прилегающей территории обеспечены менее 60% больниц, и как минимум в одной оценке было установлено, что водопроводной водой обеспечены менее 25% других медицинских учреждений (рис. 20).

Качество воды

Независимо от того, как подается вода – по водопроводу или нет, источники воды могут быть загрязнены. Вода, которой пользуются в медицинских учреждениях, должна соответствовать принятым в стране государственным стандартам или нормативным величинам, указанным в Руководстве ВОЗ по обеспечению качества воды,²⁵ но сам по себе базовый уровень услуг водоснабжения не всегда означает, что вода соответствует стандартам качества. Например, хотя более чем в половине больниц в Бутане в 2016 г. был

Водопроводная вода чаще бывает в больницах, чем в других медицинских учреждениях

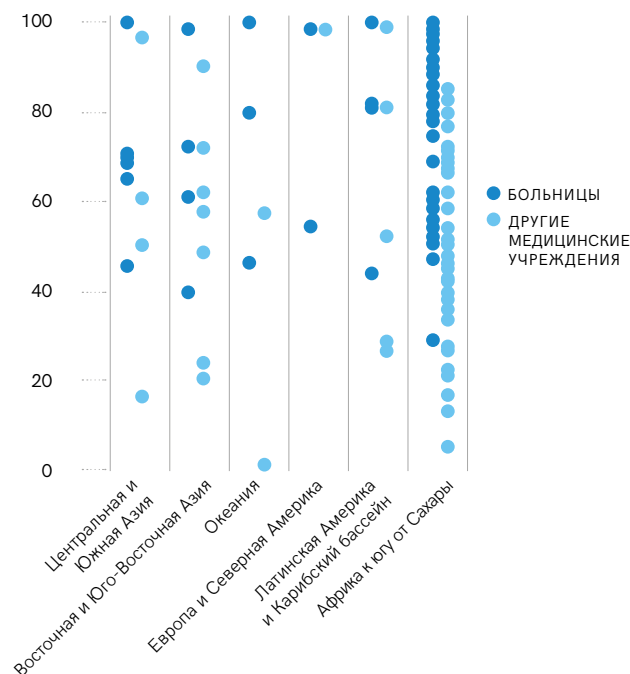


РИС. 20

Наличие водопровода в больницах и в других медицинских учреждениях, по результатам отдельных обследований в 50 странах, в которых имелись данные, 2010–2018 гг. (%)

достигнут базовый уровень услуг водоснабжения, безопасной вода была только в 59% из них (рис. 21). В результате оценки центров общественного здоровья в Ливане в 2016 г. было установлено, что базовый уровень услуг водоснабжения был в 61% учреждений, но в четверти из них вода была загрязнена фекалиями. Более чем в половине медицинских учреждений с неулучшенными источниками водоснабжения (отсутствие услуг) было отмечено фекальное загрязнение воды. Собрать данные о качестве воды в медицинских учреждениях с ограниченным уровнем услуг в Бутане или Ливане было невозможно, так как во время проведения оценки там не было в наличии воды.

Вода может быть загрязнена и во внутрибольничной водопроводной системе. В Коста-Рике, где в 2017 г. водопроводная вода была во всех больницах, в 3% больниц вода на входе в систему не соответствовала государственным нормативам качества питьевой воды,²⁶ а вода во внутрибольничной водопроводной системе не соответствовала нормативам в каждой восьмой больнице (рис. 22). Это еще раз подчеркивает важность того, где (и когда) отбираются пробы воды для анализа.

²³ Всемирная организация здравоохранения. Основные стандарты гигиены окружающей среды в медицинских учреждениях. ВОЗ, Женева, 2008 г. https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/ehs_hc/ru/.

²⁴ Различия между больницами и другими типами медицинских учреждений рассматриваются в главе 8 "Неравенства".

²⁵ Всемирная организация здравоохранения. Руководство по обеспечению качества питьевой воды, 4-е издание, включающее первое дополнение к 3-му изданию. ВОЗ, Женева, 2017 г. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255762/1/9789244548158-rus.pdf>

²⁶ В том числе по фекальным колиформным бактериям *Pseudomonas aeruginosa* и токсичным химическим веществам.

В медицинских учреждениях, имеющих базовый уровень услуг водоснабжения, вода не всегда соответствует государственным нормативам качества

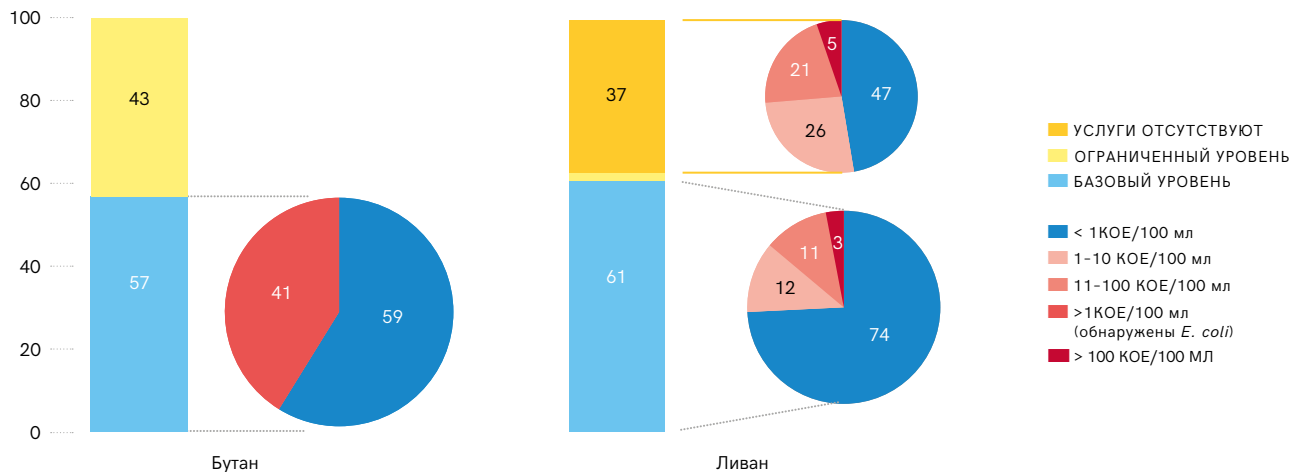


РИС. 21 Доля учреждений, в которых вода соответствует государственным нормативам качества по содержанию *E. coli* в Бутане (2016 г., n=28 больниц)²⁷ и в Ливане (2016 г., n=166 центров общественного здоровья)²⁸ (%)

Помочь медицинским учреждениям смягчить риски для качества воды может внедрение планов обеспечения безопасности воды, например, предусматривающих осуществление очистки воды на месте. Содержание планов обеспечения безопасности воды может также определяться техническими нормами и правилами

устройства внутреннего водопровода, которые помогают предотвращать перекрестное загрязнение воды и осуществлять контроль патогенных микроорганизмов, таких как *Legionella*, способных активно размножаться в биопленках внутри водораспределительных систем.³⁰

Вода может быть безопасной в точке поступления, а затем оказаться загрязненной во внутрибольничной водопроводной сети

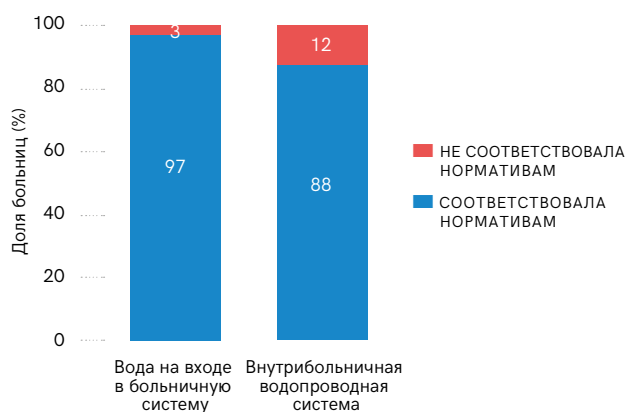


РИС. 22 Доля больниц в Коста-Рике, в которых вода соответствовала государственным нормативам качества по содержанию фекальных и токсичных химических загрязнителей (%)²⁹



²⁷ Ministry of Health, *Understanding Water, Sanitation and Hygiene in Health Care Facilities: Status in hospitals of Bhutan*, Public Health Engineering Division, Thimphu, Bhutan, 2016, <www.washinhhcf.org/documents/WASH-IN-HCF-Report-2016.pdf>.

²⁸ Sustainable Alternatives, *WASH in Public Health Centres in Lebanon*, report submitted to UNICEF in November 2017.

²⁹ Alvarado, DM and Navarro, PR, *Estimación de la calidad del agua para consumo humano en centros de salud de Costa Rica al año 2017*, Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados Laboratorio Nacional de Aguas, 2017.

³⁰ enHealth, *Guidelines for Legionella Control in the Operation and Maintenance of Water Distribution Systems in Health and Aged Care Facilities*, Australian Government, Canberra, 2015, <www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/A12B57E41EC9F326CA257BF0001F9E7D/\$File/Guidelines-Legionella-control.pdf>.



Бесперебойность водоснабжения

Бесперебойное водоснабжение в условиях медицинских учреждений имеет критическое значение, особенно при оказании экстренной помощи и при родоразрешении, но не всегда оно бывает обеспечено в медицинских учреждениях с базовым уровнем услуг водоснабжения. Учреждения, сообщающие о том, что вода имеется в наличии большую часть времени (например, не менее 12 часов в сутки, четырех дней в неделю или 15 дней в месяц), классифицируются в СПМ как учреждения, обеспеченные водой (вставка 3). Например, в результате обследования в Перу было установлено, что 6% медицинских учреждений имеют базовый уровень услуг водоснабжения, при котором вода подается в течение 12–23 часов в сутки, а в 27% учреждений

уровень услуг ограниченный, так как продолжительность подачи воды меньше 12 часов в сутки или о подаче воды не сообщается (рис. 23). В Уганде 90% учреждений в течение месяца, предшествовавшего оценке, оказывались без воды 15 дней или менее в течение двух или более часов, и их классифицировали как имеющие в наличии воду; у 70% вода была постоянно каждый день в течение предшествовавшего месяца. В Кении только у 2% медицинских учреждений не было воды в течение двух или более часов 45 или более дней за предшествовавшие 90 дней; 70% учреждений сообщили, что за предшествовавшие 90 дней у них не было ни одного дня, когда бы прекращалась подача воды. На рис. 23 показано, что между странами и внутри стран существуют большие различия в продолжительности перебоев и их влиянии на качество предоставляемой медико-санитарной помощи.

В Перу, Уганде и Кении почти у трети учреждений не было бесперебойного водоснабжения

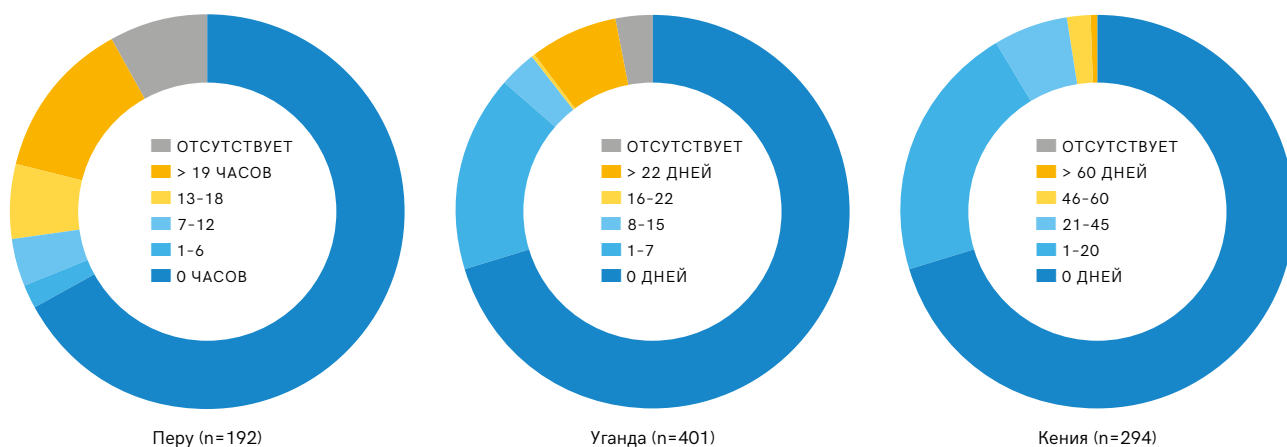


РИС. 23

Доля медицинских учреждений, в которых прерывалась подача воды на протяжении среднестатистического 24-часового периода в Перу (ВОЗ, 2017 г.) и в которых не было воды два часа или более в сутки за предшествующие 30 дней в Уганде (SDI, 2013 г.) и за предшествующие 90 дней в Кении (SDI, 2012 г.) (%)

В Бангладеш было меньше больниц, в которых была питьевая вода для пациентов и персонала, чем больниц, в которых была вода для общих целей

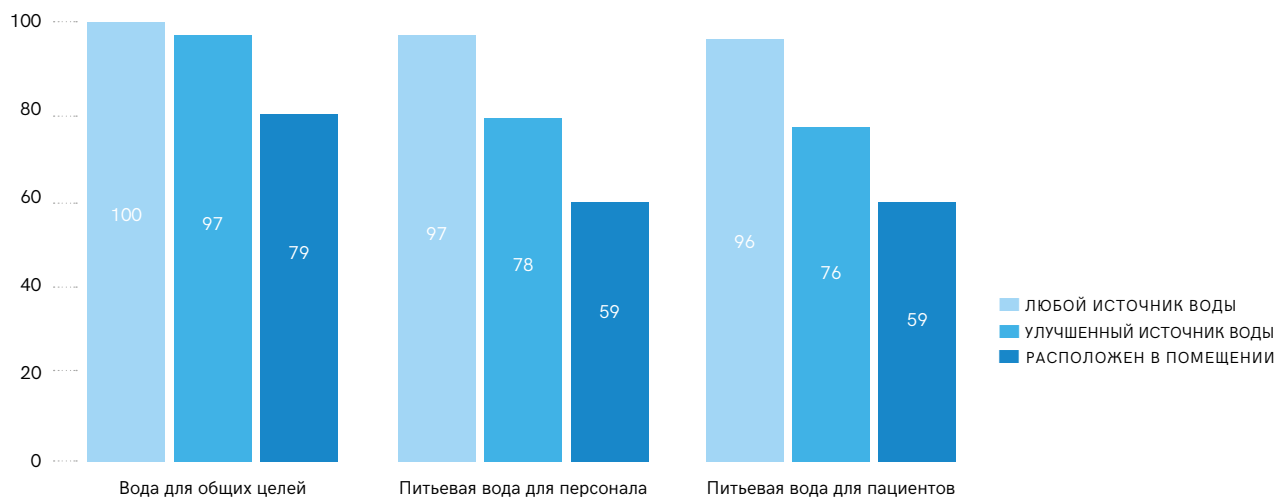


РИС. 24 Доля больниц в Бангладеш, в которых имелась вода для общих целей и питьевая вода для пациентов и для персонала, по типам и расположению источников (по данным Национального обследования исходного состояния гигиены 2014 г., n=875) (%)

Для предоставления качественной медико-санитарной помощи в медицинских учреждениях требуются большие количества воды. Имеются соответствующие нормативы (таблица 6), которые следует принимать во внимание при проектировании медицинских учреждений, однако на укрупненном уровне отслеживать фактические количества часто бывает нереально. В нескольких странах мониторинг достаточности воды проводится на основе мнений медицинских работников.

Смягчить негативное воздействие кратковременных перебоев, преодолеть сезонные дефициты и повысить устойчивость к последствиям изменения климата может помочь создание запасов воды, однако емкость резервуаров для хранения запасов не всегда бывает достаточной. Например, в 2016 г. в Бутане резервуар для хранения воды был у 82% больниц, но 39% учреждений каждый год сталкиваются с острой нехваткой или отсутствием воды. В Камбодже в 2010 г. резервуар для хранения воды был у 78% медицинских учреждений, но более половины (51%) в течение всего года не имели достаточного количества воды. На Западном берегу реки Иордан и в секторе Газа в 2014 г. 15% медицинских учреждений полагались на запасы воды либо как на свой основной источник, либо как на дополнение к водопроводной системе.

Питьевая вода

Важной частью консервативного лечения (например, прием лекарственных препаратов), процесса выздоровления и поддержания здоровья является потребление воды. Вода доставляет клеткам питательные вещества, обеспечивает

защиту органов и помогает вымывать из организма отходы жизнедеятельности. Особенно большие количества питьевой воды могут требоваться женщинам во время родов и грудного вскармливания. Медицинские учреждения, особенно те из них, в которых предоставляются услуги стационара, должны обеспечивать достаточные количества безопасной питьевой воды своим пациентам, персоналу и посетителям, но это удается не всегда. Например, в Бангладеш в 79% больниц был улучшенный источник воды, расположенный в помещении, для общих целей, но только в 59% была питьевая вода для пациентов и для персонала из сравнимого источника (рис. 24).

ТИП МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ	МИНИМАЛЬНОЕ ТРЕБУЕМОЕ КОЛИЧЕСТВО ВОДЫ
Амбулаторное	5 литров/консультация
Стационарное	40-60 литров/пациент/день
Стационарный центр лечебного кормления	60 литров/пациент/день
Центр лечения холеры	60 литров/пациент/день
Изолятор для больных тяжелыми острыми респираторными заболеваниями	100 литров/пациент/день
Операционная или родильное отделение	100 литров/вмешательство
Изолятор для больных вирусной геморрагической лихорадкой	300-400 литров/пациент/день

ТАБЛИЦА 6 Минимальные количества воды, необходимые в медицинских учреждениях различных типов³¹

³¹ Всемирная организация здравоохранения. Основные стандарты гигиены окружающей среды в медицинских учреждениях. ВОЗ, Женева, 2008 г. https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/ehs_hc/ru/.

УСЛУГИ САНИТАРИИ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Безопасная санитария – это право человека. Услуги санитарии в медицинских учреждениях являются важным условием предоставления высококачественной помощи и улучшения здоровья, повышения благополучия и обеспечения человеческого достоинства пациентов и персонала, что в конечном итоге приводит к улучшению показателей здоровья населения. Неудовлетворительный уровень санитарии в медицинских учреждениях может приводить к тому, что люди не будут обращаться за медико-санитарной помощью, когда она им потребуется, и может снижать степень удовлетворенности медицинских работников своей работой. У пациентов может быть ограничена подвижность или им могут требоваться специальные приспособления, облегчающие безопасное и удобное пользование туалетами после хирургической операции или родоразрешения.

Главным источником бактерий, вирусов и паразитов, вызывающих диарейные болезни (включая холеру и шигеллез), а также многие другие инфекционные болезни, являются фекалии. Больные люди выделяют в своих фекалиях гораздо больше патогенных микроорганизмов, чем здоровые.

У людей, обращающихся за помощью в медицинские учреждения, часто бывает ослаблена иммунная система,

и они особенно уязвимы для заражения фекальными патогенными микроорганизмами. Подвергаться риску воздействия фекальных микроорганизмов на работе могут также медицинские работники. Для того, чтобы фекальные микроорганизмы не могли заражать среду в медицинском учреждении или окружающую их территорию, особенно важно организовать гигиеничное обращение с экскрементами при оказании медико-санитарной помощи.

Предложенная СПМ иерархическая лестница услуг санитарии позволяет классифицировать медицинские учреждения как имеющие **базовый уровень услуг, ограниченный уровень услуг** или не получающие услуг (**отсутствие услуг**) (рис. 25). При базовом уровне услуг в медицинских учреждениях должны быть пригодные для пользования туалеты или уборные, но эти санитарно-технические сооружения также должны быть доступными и удовлетворять потребности разных категорий пользователей – персонала и посетителей, женщин и мужчин и лиц с ограниченной подвижностью. В данной главе приводятся примеры мониторинга важных аспектов услуг санитарии сверх базового уровня, таких как чистота туалетов и системы очистки и удаления экскрементов, которые не являются объектом мониторинга во всем мире из-за ограниченности данных.



САНИТАРИЯ

Базовый уровень услуг

Улучшенные санитарно-технические сооружения³² пригодны для пользования, причем как минимум один туалет предназначен для персонала, как минимум один туалет разделен на мужской и женский, в котором есть условия для соблюдения требований гигиены во время менструации, и как минимум один туалет приспособлен для людей с ограниченной подвижностью.

Ограниченный уровень услуг

Имеется как минимум одно улучшенное санитарно-техническое сооружение, но соблюдаются не все требования, предъявляемые к базовому уровню услуг.

Отсутствие услуг

Туалетные сооружения являются неулучшенными (например, уборные с выгребной ямой без напольной плиты или помоста, подвесные уборные или уборные с отхожим ведром), или в учреждении совсем нет туалетов или уборных.

РИС. 25 Иерархическая лестница базовых услуг санитарии для медицинских учреждений

В 2017 г. в Ливане было проведено обследование состояния WASH в организованной среде и в общественных местах (рис. 26). В результате оценки было установлено, что почти во всех центрах общественного здоровья (96%) имелось то или иное санитарно-техническое сооружение. Однако лишь 83%

имели **улучшенные санитарно-технические сооружения**, а остальные 17% были классифицированы как учреждения, в которых **услуги санитарии отсутствовали**. Во всех центрах общественного здоровья, в которых были улучшенные санитарно-технические сооружения, туалеты были пригодны для пользования и в большинстве случаев были отдельные туалеты, предназначенные для женщин и для мужчин и для персонала. Но в относительно немногих туалетах были предусмотрены условия для соблюдения требований гигиены во время менструации и еще меньше было туалетов, доступных для пользователей с ограниченной подвижностью.

Обследование в Ливане является одним из немногих, в которых имелись данные по всем элементам **базовых услуг санитарии** на уровне учреждения. В результате этого обследования было установлено, что всем критериям удовлетворяют только 5% медицинских учреждений. Однако, поскольку в большинстве случаев информация о различных элементах базового уровня услуг санитарии поступает из разных источников, показатель базовых услуг не всегда можно рассчитать на уровне отдельно взятого медицинского учреждения. Для целей глобального мониторинга СПМ рассчитывает показатель базового уровня услуг на основании наименьшей из агрегированных величин для каждого элемента, каковой в случае Ливана является доступность для лиц с ограниченной подвижностью, составляющая 16%.

Иллюстрация выстраивания иерархической лестницы услуг санитарии: Ливан

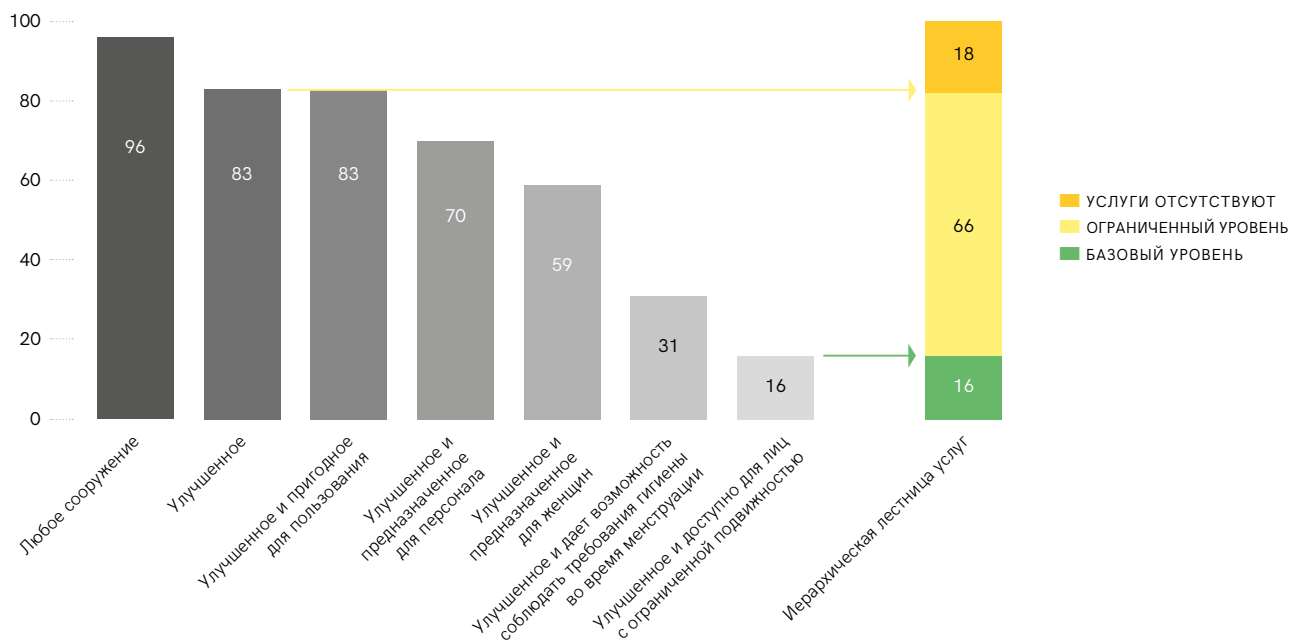


РИС. 26 Доля центров общественного здоровья по типам и уровням услуг санитарии, Ливан, 2017 г.³³ (%)

³² Улучшенные санитарно-технические сооружения – это сооружения, предназначенные для гигиеничного отделения человеческих экскрементов от контакта с человеком. К ним относятся санитарно-технические сооружения влажного типа, такие как туалеты со смывом и со смывом вручную, подведенные к канализационным коллекторам, септиктенкам или уборным с выгребной ямой, и сооружения сухого типа, такие как сухие уборные с выгребной ямой с напольной плитой и компостирующие туалеты. В тех случаях, когда в обследованиях медицинских учреждений используют родовой термин “туалеты”, СПМ классифицирует такие сооружения как улучшенные.

³³ Sustainable Alternatives, *WASH in Public Health Centres in Lebanon* (доклад, представленный в ЮНИСЕФ в ноябре 2017 г.).



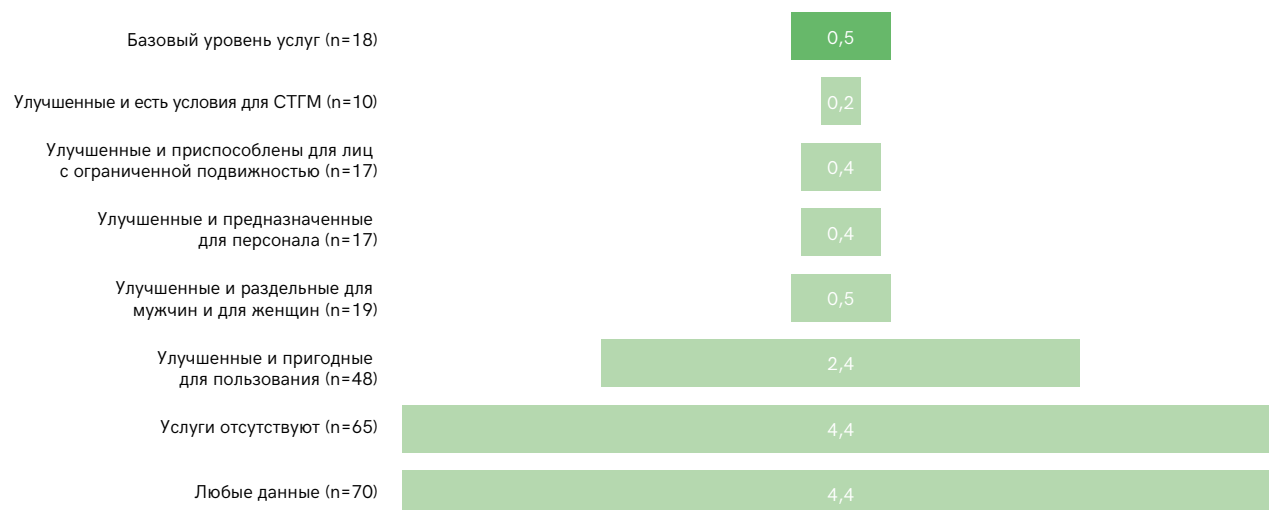
БАЗОВЫЙ УРОВЕНЬ УСЛУГ САНИТАРИИ

Данные о доле медицинских учреждений, в которых **услуги санитарии отсутствуют**, имелись по 65 странам, совокупное население которых составляет 59% населения земного шара, и этого было достаточно для того, чтобы рассчитать глобальную оценку. Также можно было рассчитать глобальную оценку доли медицинских учреждений с **улучшенными** и пригодными для пользования санитарно-техническими сооружениями (48 стран с совокупным населением 35% населения земного шара). Однако намного меньше стран имели достаточно данных для того, чтобы можно было рассчитать долю медицинских учреждений с санитарно-техническими сооружениями, предназначенными для женщин (19 стран с совокупным

населением 0,5 млрд человек), долю учреждений с отдельными туалетами для персонала и туалетами, приспособленными для лиц с ограниченной подвижностью (в каждом случае 17 стран с совокупным населением 0,4 млрд человек), и долю учреждений с раздельными туалетами для мужчин и для женщин, в которых есть условия для соблюдения требований гигиены во время менструации (СТГМ) (десять стран с совокупным населением 0,2 млрд человек). Оценки **базового уровня услуг санитарии** имелись только по 18 странам с совокупным населением 7% населения земного шара (рис. 27).

Более чем в одном из пяти медицинских учреждений во всем мире (21%) **услуги санитарии** в 2016 г. **отсутствовали** (рис. 28), т.е. в них были неуплучшенные туалеты или совсем не было никаких туалетов. Это означает, что пользоваться услугами санитарии в своем медицинском учреждении не могли более 1,5 млрд человек.

Оценки базового уровня услуг санитарии в 2016 г. имелись по 18 странам с совокупным населением 0,5 млрд человек



Во всем мире в 2016 г. услуги санитарии отсутствовали в 21% медицинских учреждений

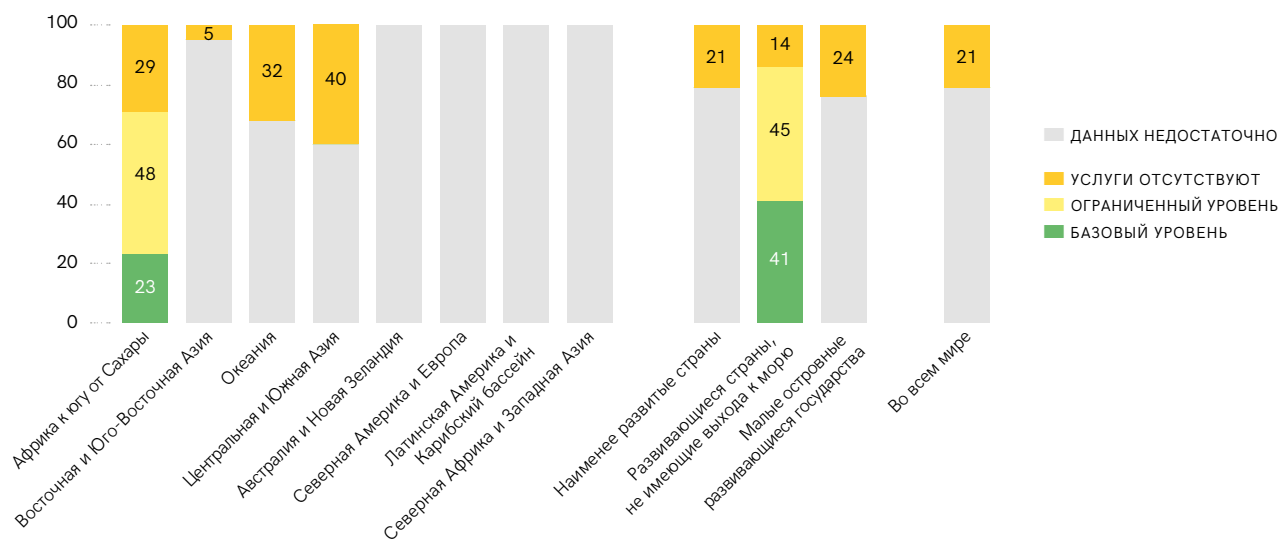


РИС. 28 Услуги санитарии в медицинских учреждениях по регионам и во всем мире, 2016 г. (%)

Оценки **отсутствия услуг санитарии** имелись в четырех условных регионах ЦУР – от 5% в Восточной и Юго-Восточной Азии до 40% в Центральной и Южной Азии. В Африке к югу от Сахары (единственном регионе ЦУР, по которому имелись оценки базового уровня) **базовый уровень услуг** имелся менее чем в одном из четырех медицинских учреждений (23%). Для расчета каких-либо

региональных оценок по остальным четырем условным регионам ЦУР данных было недостаточно.

Охват **базовыми услугами санитарии** в 18 странах, по которым в 2016 г. имелись оценки, колебался в широких пределах (рис. 29). В десяти из этих стран базовый уровень услуг санитарии был менее чем в одном из четырех медицинских учреждений.

Оценки базового уровня услуг санитарии в 2016 г. имелись по 18 странам

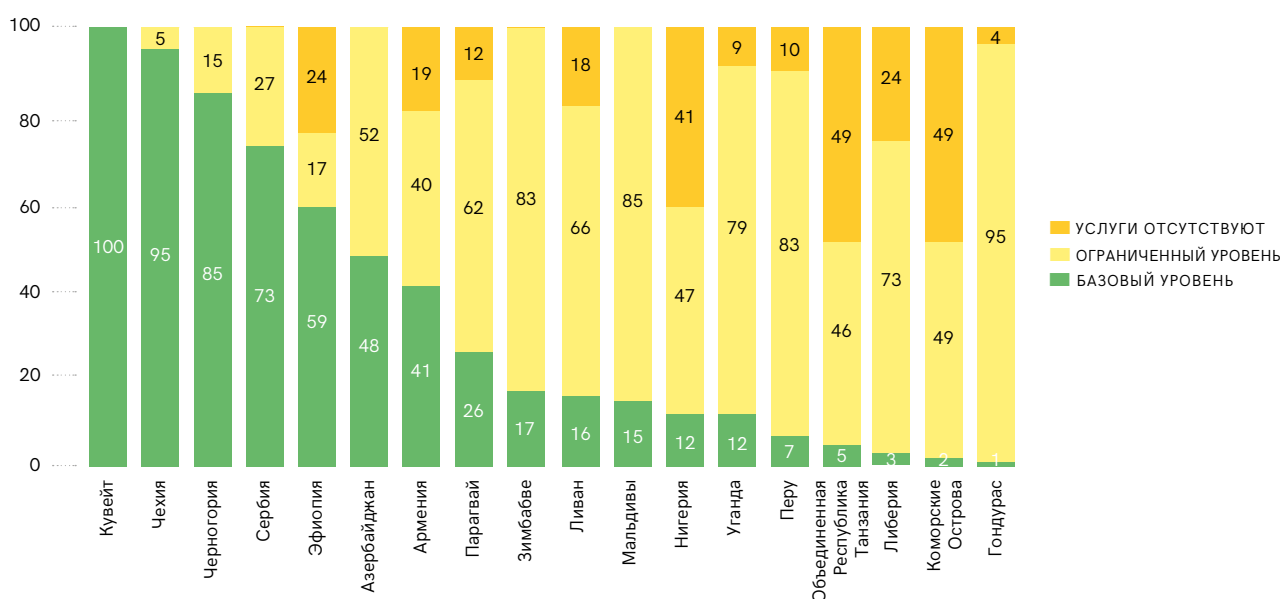


РИС. 29 Услуги санитарии в медицинских учреждениях в странах, по которым в 2016 г. имелись оценки базового уровня услуг

Между странами существуют большие различия в типах санитарно-технических сооружений, используемых в медицинских учреждениях

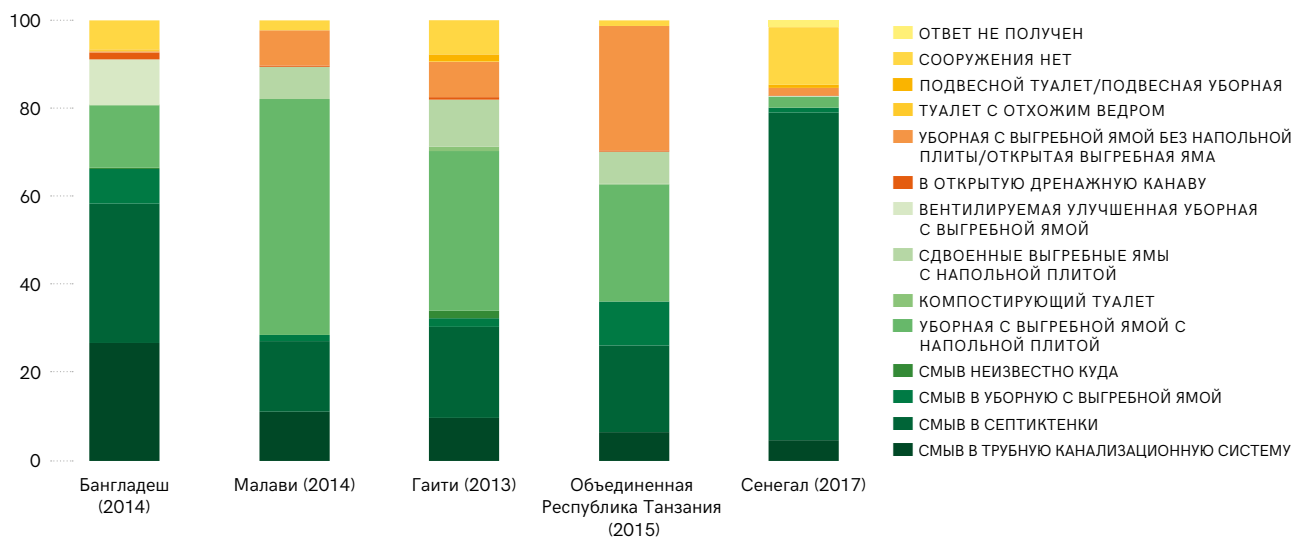


РИС. 30 Инфраструктура санитарии, используемая в медицинских учреждениях, по данным некоторых обследований SPA, 2013–17 гг. (%)

Улучшенные и пригодные для пользования

Одним из признаков в определении базового уровня услуг санитарии является то, что в медицинских учреждениях должны быть улучшенные и пригодные для пользования санитарно-технические сооружения. «Улучшенные» санитарно-технические сооружения предназначены для гигиеничного отделения экскрементов от контакта с человеком. К улучшенным сооружениям относятся как системы влажного типа (туалеты со смывом/со смывом вручную, подведенные к трубным канализационным системам, септиктенкам или уборным с выгребной ямой) и сухие системы (вентилируемые улучшенные уборные с выгребной ямой, сухие уборные с выгребной ямой с напольной плитой или компостирующие туалеты).³⁴ К «неулучшенным» сооружениям относятся уборные с выгребной ямой без напольной плиты или помоста, подвесные уборные и уборные с отхожим ведром.

Между странами существуют большие различия в используемых санитарно-технических сооружениях и технологиях (рис. 30). Так, в Сенегале в большинстве медицинских учреждений имеются системы с использованием воды и местными септиктенками, тогда как в Бангладеш примерно одинаковый процент медицинских учреждений имеют туалеты, подведенные к канализационной системе, септиктенки и уборные с выгребной ямой. Напротив, на Гаити, в Малави и в Объединенной Республике Танзания больше распространены сухие уборные.

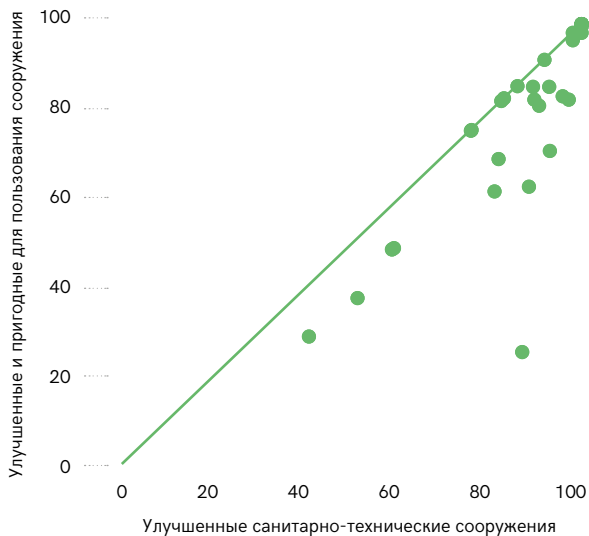
Иногда туалеты в медицинских учреждениях имеются, но они **непригодны для пользования**. Для того, чтобы быть пригодными для пользования, туалеты должны быть доступными, быть в исправном состоянии и обеспечивать уединение. Туалеты могут существовать, но быть **недоступными** для пациентов и персонала, если они расположены за пределами помещения или прилегающей территории или если они заперты, а ключ невозможно получить в любое время суток. Туалеты могут быть **неисправными**: могут быть забиты канализационная труба или отверстие в туалете или оттуда могут вытекать нечистоты, или же верхнее строение туалета может быть поломано или протекает. Туалеты со смывом/со смывом вручную считаются неисправными, если там нет воды. Туалеты можно считать непригодными для пользования, когда они не обеспечивают **уединения**, т. е. в них нет закрывающихся дверей, которые запираются изнутри, а в стенах имеются большие щели или дыры.

На рис. 31 показано, что, хотя в большинстве медицинских учреждений имеются улучшенные туалеты, они не всегда пригодны для пользования. Например, в Бангладеш в 2017 г. в ходе общенациональной оценки³⁵ 99% общинных медпунктов сообщили о наличии как минимум одного туалета, но более 28% отметили, что у них нет исправного туалета. Это показывает, насколько сложно бывает не просто построить санитарно-техническую инфраструктуру в медицинских учреждениях, а и содержать туалеты в исправном состоянии, чтобы пациенты и персонал могли пользоваться ими, когда нужно.

³⁴ Дополнительную информацию и иллюстрации различных типов улучшенных санитарно-технических сооружения см. в Кратких технических описаниях систем санитарии, приведенных в публикации Всемирной организации здравоохранения "Руководство по обеспечению санитарии и охраны здоровья", ВОЗ, Женева, 2018 г. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/310994/9789244514702-rus.pdf?ua=1>.

³⁵ Joseph G, Alam BB, Islam K, et al., Water, Sanitation and Hygiene in Bangladesh's Community Health Clinics, Food and Agriculture Organization (FAO) and World Bank, Dhaka, 2018.

Улучшенные туалеты не всегда бывают пригодны для пользования



Доля медицинских учреждений с улучшенными санитарно-техническими сооружениями и улучшенными и пригодными для пользования сооружениями в странах, по которым в 2016 г. имелись данные (%)

РИС. 31

Базовый уровень услуг санитарии не ограничивается простым наличием пригодных для пользования туалетов, а требует, чтобы туалеты были доступны для разных категорий пользователей.

- Отдельные туалеты в медицинских учреждениях должны быть выделены для **персонала**, чтобы уменьшить риск инфекций, особенно во время вспышек инфекционных болезней.
- **Женщины и мужчины** должны иметь возможность пользоваться туалетами в условиях уединенности. Чаще всего такая возможность обеспечивается устройством отдельных туалетов для женщин и для мужчин. Однако, особенно в небольших учреждениях, отдельным туалетом может также считаться гендерно-нейтральное туалетное помещение с одним унитазом индивидуального пользования, так как оно позволяет женщинам и мужчинам пользоваться таким туалетом уединенно и отдельно.
- В туалетах, предназначенных для женщин и девочек, также должны быть обеспечены условия и приспособления для **соблюдения требований гигиены во время менструации**. В них должна быть урна с крышкой для выбрасывания предметов гигиены, использованных во время менструации, а в закрытом от посторонних глаз месте для омовений должны быть вода и мыло.



- Туалеты должны быть доступны для пациентов с **ограниченной подвижностью** и соответствовать установленным в стране стандартам. В отсутствие государственных стандартов туалеты должны соответствовать следующим требованиям: должна быть возможность зайти в них без лестниц или ступенек, ширина двери в них должна быть не менее 80 см, к полу или стенам должны быть приделаны перила или иные направляющие устройства. Дверная ручка и сиденье должны быть в пределах досягаемости для людей, пользующихся инвалидной коляской или костылями/палками для ходьбы.

Таким образом, для того, чтобы соответствовать критериям базового уровня услуг санитарии, в медицинском учреждении должно быть не менее двух туалетов: один для персонала и один гендерно-нейтральный туалет для пациентов, в котором предусмотрены условия для соблюдения требований гигиены во время менструации и который доступен для лиц с ограниченной подвижностью.

В настоящее время многие страны собирают информацию не о всех элементах базового уровня услуг санитарии (рис. 32). Для того, чтобы по максимуму использовать имеющиеся

данные, СПМ для целей настоящего доклада подготовила расчетные оценки базового уровня услуг санитарии в тех случаях, когда имеются данные об улучшенных и пригодных к пользованию туалетах и хотя бы о двух из четырех остальных элементов (туалеты для персонала, отдельные для женщин и для мужчин, условия для соблюдения требований гигиены во время менструации и доступность для лиц с ограниченной подвижностью).

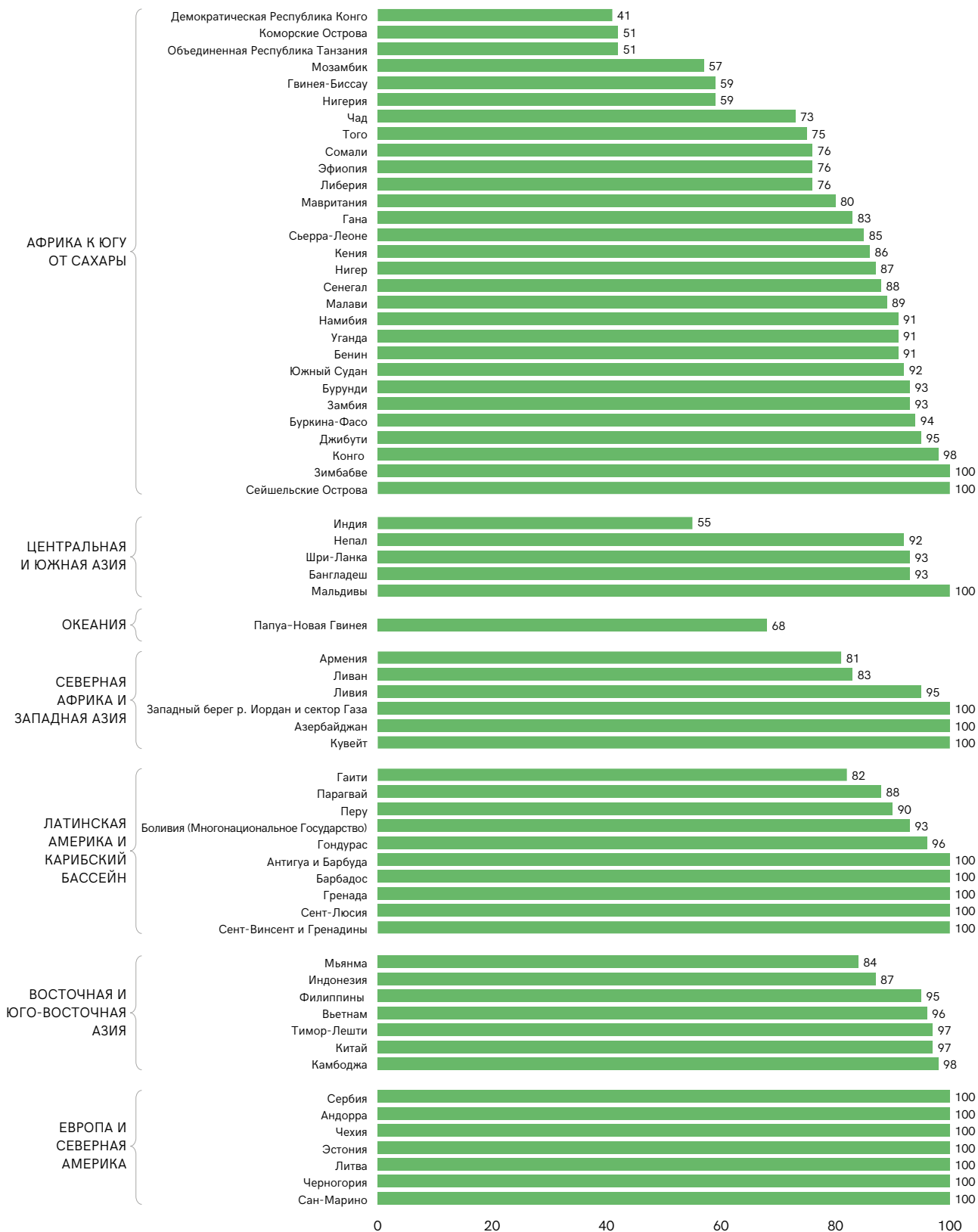
Поскольку данные об этих элементах могут поступать из разных источников, базовый уровень услуг рассчитывается как наименьшая из агрегированных величин для элементов, по которым имеются данные. Этот ограничивающий фактор в разных странах разный; чаще всего наименьшей величиной является наличие туалетов, доступных для лиц с ограниченной подвижностью, однако на Мальдивах меньше оказалось отдельных туалетов для женщин и мужчин. Данные об условиях для соблюдения требований гигиены во время менструации отсутствуют часто, но ограничивающим фактором это было на Коморских Островах. В Азербайджане, Парагвае, Чехии и Эфиопии не было данных о доступности туалетов для лиц с ограниченной подвижностью, поэтому в этих странах оценка охвата базовыми услугами санитарии могла быть завышенной.

Во многих странах в 2016 г. были данные не обо всех элементах базового уровня услуг санитарии

Страна	Сооружение	Улучшенное	и пригодное для пользования	и отдельное для персонала	и раздельное для женщин и для мужчин	и с условиями для соблюдения требований гигиены во время менструации	и доступное для лиц с ограниченной подвижностью	Базовый уровень
Кувейт	100	100	100	100	100	100	100	100
Чехия	100	100	100	98	95	95	-	95
Черногория	100	100	100	100	100	100	85	85
Сербия	100	100	100	100	100	73	73	73
Эфиопия	96	76	76	71	59	-	-	59
Азербайджан	100	100	98	48	100	100	-	48
Армения	-	81	62	87	42	42	41	41
Парагвай	100	88	63	31	26	-	-	26
Зимбабве	100	100	72	89	97	32	17	17
Ливан	96	83	83	70	59	31	16	16
Мальдивы	100	100	99	80	15	30	57	15
Нигерия	84	59	49	46	-	31	12	12
Уганда	100	91	88	-	28	-	12	12
Перу	97	90	83	86	64	-	7	7
Объединенная Республика Танзания	99	51	51	5	36	-	5	5
Либерия	76	76	76	31	54	-	3	3
Коморские Острова	-	51	38	43	9	2	7	2
Гондурас	100	96	84	78	70	-	1	1

РИС. 32 Доля медицинских учреждений с элементами базового уровня санитарии среди стран, по которым в 2016 г. имелись оценки (%)

В 2016 г. оценки наличия улучшенных санитарно-технических сооружений имелись по 65 странам



ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЛЯ МОНИТОРИНГА САНИТАРИИ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Как и в случае услуг водоснабжения, государства должны сами установить для себя нормативы по услугам санитарии в медицинских учреждениях. Показатели для глобального мониторинга включают критерии базового уровня услуг санитарии, но не охватывают таких важных аспектов санитарии, как достаточное число туалетов, обращение с фекальным шламом, чистота туалетов и дополнительные требования гигиены во время менструации. В медицинских учреждениях, где базовый уровень услуг уже достигнут, услуги санитарии все равно могут нуждаться в улучшении. В зависимости от национальных приоритетов и имеющихся ресурсов следует разрабатывать дополнительные показатели, соответствующие более высоким уровням услуг, и осуществлять их мониторинг.

Число туалетов

Глобальный показатель базового уровня услуг санитарии может быть достигнут, если в амбулаторных учреждениях будет не менее двух туалетов (один туалет для персонала и один гендерно-нейтральный для пациентов, в котором имеются условия для соблюдения требований гигиены во время менструации и который доступен для лиц с ограниченной подвижностью). Для небольшого медицинского учреждения, оказывающего только амбулаторные услуги, двух туалетов может быть и достаточно, но в более крупных учреждениях нужно иметь больше туалетов. Согласно мировым нормам, в стационарных учреждениях должно быть не менее одного туалета на 20 пользователей, и при этом рекомендуется, чтобы туалет находился на удалении не более 30 метров от всех пользователей.³⁶

В Нигерии среднее число туалетов на одно медицинское учреждение в городах выше, чем в сельской местности (рис. 34), и это относится как к туалетам для пациентов, так и к туалетам для персонала. Но городские учреждения больше, там среднее число работников составляет 16 человек, тогда как в сельских учреждениях в среднем работает по семь медицинских работников.

Подведение к канализационной системе

Многие больницы и другие крупные медицинские учреждения, особенно в городах подведены к городским канализационным

В Нигерии в среднем сельском медицинском учреждении был один туалет для пациентов

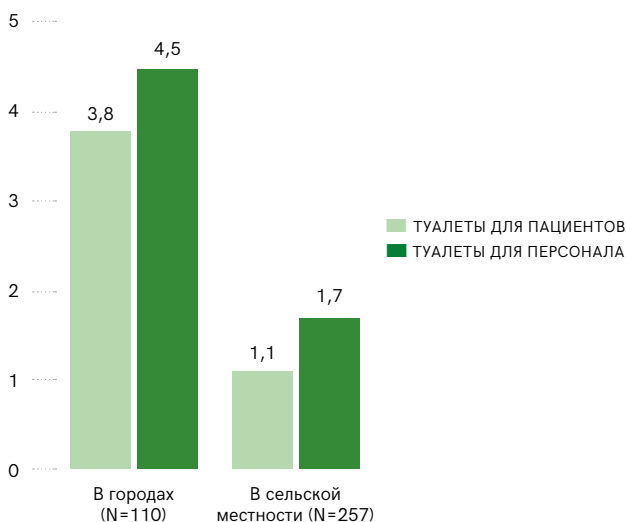


РИС. 34 Среднее число туалетов на одно медицинское учреждение в Нигерии (WASH NORM, 2018)

системам. Из 20 стран, в которых имелись данные о подведении больниц к канализационным системам, в четырех странах были подведены все больницы, в 11 странах – менее половины больниц, а в семи странах – менее четверти больниц (рис. 35).

ВСТАВКА 4

Санитария и устойчивость к противомикробным препаратам в медицинских учреждениях³⁷

Всемирная организация здравоохранения определила устойчивость патогенных для человека микроорганизмов к противомикробным препаратам (УПП) как одну из главных глобальных угроз здоровью людей. Важнейшим источником генов резистентности к антибиотикам являются резервуары в окружающей среде. Особенно высокий риск создают сточные воды и фекальный шлам, образующиеся в медицинских учреждениях, поскольку они содержат высокие концентрации антибиотиков, резистентных патогенов и генов резистентности. К попаданию антибиотиков, резистентных патогенных микроорганизмов и генов резистентности в резервуары в окружающей среде и, следовательно, к повышению устойчивости к противомикробным препаратам могут приводить открытая дефекация, выбросы неочищенных сточных вод и утечки из местных систем санитарии в медицинских учреждениях.

³⁶ Всемирная организация здравоохранения. Основные стандарты гигиены окружающей среды в медицинских учреждениях. ВОЗ, Женева, 2008 г. https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/ehs_hc/ru/.

³⁷ Всемирная организация здравоохранения. Руководство по обеспечению санитарии и охраны здоровья. ВОЗ, Женева, 2018 г. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/310994/9789244514702-rus.pdf?ua=1>.

В 11 из 20 стран, по которым имелись данные, к канализационной системе были подведены менее половины больниц

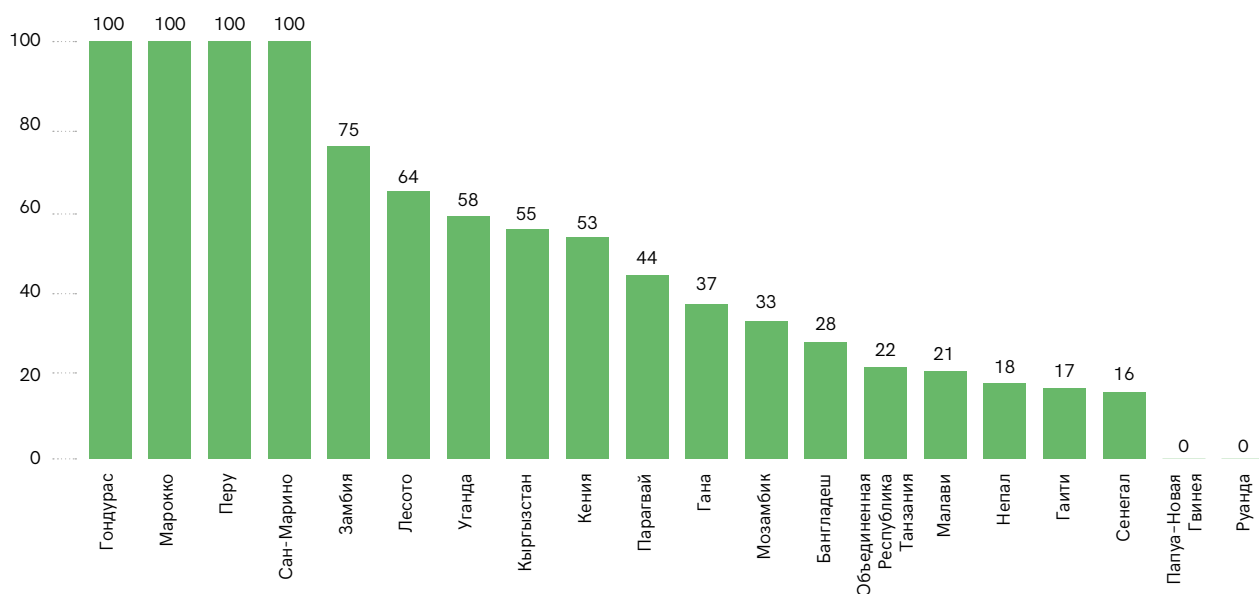


РИС. 35 Доля больниц с подведением к канализационной системе, по странам (2003–18 гг.) (%)

Фекальный шлам из базовых медицинских центров в Афганистане в основном используется в качестве удобрения

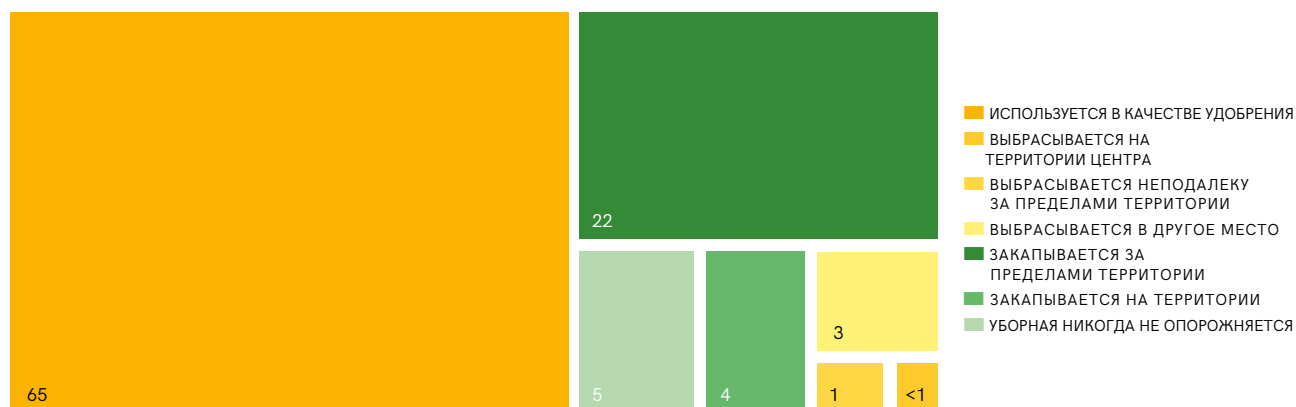


РИС. 36 Применение разных методов удаления фекального шлама в базовых медицинских центрах в Афганистане, 2009 г. (%)³⁸

Обращение с фекальным шламом

Учреждения, не подведенные к канализационной системе, должны сами организовывать обращение с экскрементами, собираемыми в местных системах санитарии, таких как септиктенки и уборные с выгребной ямой. Современные установки очистки сточных вод на месте способны обеспечить самую высокую степень очистки. Однако при плохой

организации обращения с экскрементами из местных систем медицинские учреждения могут превратиться в центры передачи болезней, особенно там, где большую тревогу вызывают такие болезни, как холера. В сточных водах и фекальном шламе из медицинских учреждений обычно содержатся высокие концентрации опасных биологических и химических загрязнителей, а также остатков противомикробных препаратов, поэтому эти стоки и шлам ни в коем случае нельзя повторно использовать в сельском хозяйстве.³⁹ Однако контроль за тем,

³⁸ Ministry of Public Health (Islamic Republic of Afghanistan), Report for Baseline Study on Water Sanitation Services and Hygiene Practices in Basic Health Centres and Health Care Facilities, UNICEF and MoPH, Kabul, 2009.

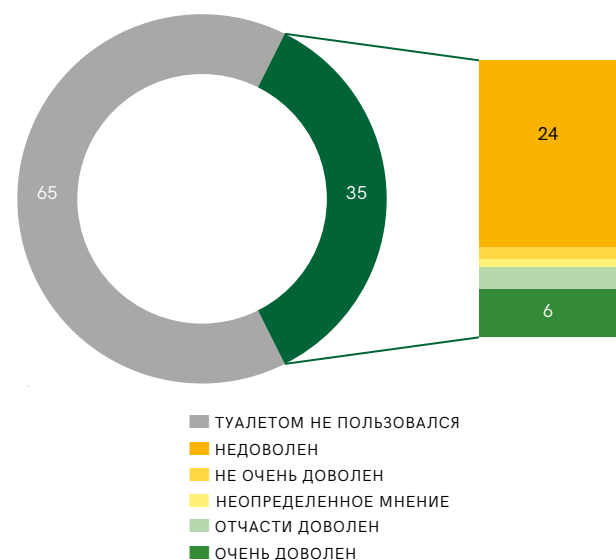
³⁹ Всемирная организация здравоохранения. Безопасное управление отходами медико-санитарной деятельности. ВОЗ, Женева, 2008 г. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259684/1/WHO-FWC-WSH-17.05-rus.pdf?ua=1>.

куда в конечном счете попадают сточные воды и фекальный шлам из медицинских учреждений, ведется редко, и в некоторых ситуациях широко распространено повторное использование. Проведенная в 2009 г. оценка в Афганистане показала, что две трети базовых медицинских центров используют фекальные отходы в качестве удобрения (рис. 36).

Удовлетворенность пациентов

Если пациенты считают, что туалеты в медицинском учреждении находятся в неприемлемом состоянии, они могут избегать пользования ими (или вообще решат не обращаться в такое учреждение). Это может привести к открытой дефекации или к тому, что люди будут воздерживаться от отправления своих потребностей, что приведет к таким последствиям, как недержание или инфекции мочевых путей. Проведенная в 2011 г. в Лесото оценка мнений пациентов о туалетах в медицинских учреждениях показала низкие уровни удовлетворенности пациентов, которые пользовались туалетами, о чем они сами и сообщали (рис. 37). Есть много причин, по которым пациенты могут быть недовольны туалетами в медицинских учреждениях, например, недостаточная чистота, уединенность и доступность, плохое освещение, отсутствие условий для соблюдения требований гигиены во время менструации и мест, где можно перепеленать ребенка. Причины недовольства часто связаны с конкретными обстоятельствами.

Туалеты в медицинских учреждениях в Лесото не всегда приемлемы для пациентов



Распределение пациентов по степени пользования и удовлетворенности туалетами в медицинских учреждениях в Лесото, 2011 г., n=639 (%)⁴⁰

РИС. 37

Чистота туалетов

Пациенты и персонал охотнее пользуются чистыми туалетами и ценят их. И наоборот, грязные туалеты могут приводить к передаче болезней между пользователями, особенно вследствие того, что люди, пользующиеся туалетами в медицинских учреждениях, могут выделять большое количество патогенных микроорганизмов. Восприятия чистоты субъективны, и страны оценивают мнения пациентов о чистоте туалетов по-разному. Например, при обследовании удовлетворенности пациентов в 2018 г. в Ирландии средняя оценка пациентами чистоты туалетов была 8,4 по десятибалльной системе. В некоторых странах мониторинг чистоты туалетов в медицинских учреждениях ведут специально обученные лица – счетчики (рис. 38). Однако определения показателей чистоты бывают разные, поэтому для сравнения между странами требуется дальнейшая гармонизация определений. Например, при оценке на Филиппинах туалеты классифицировались как чистые, если в них наблюдались чистые унитазы, стены, пол и потолок. В обследовании в Ливане считалось, что туалеты в медицинском учреждении чистые, если там не было сильного запаха, значительного количества мух или видимых следов фекалий. Туалеты признавались «довольно чистыми», если в некоторых, но не во всех туалетах ощущался определенный запах и/или были видны следы фекалий. А при обследовании в Непале за наблюдаемую чистоту просто выставлялись оценки: «очень хорошо», «хорошо», «удовлетворительно», «плохо» или «очень плохо», без каких-либо дальнейших определений.

Мировыми стандартами для медицинских учреждений рекомендуется, чтобы в туалетах производилась уборка каждый раз, когда они становятся грязными, но не реже двух раз в день и с использованием дезинфицирующего средства и щетки.⁴¹ В Ливане в 81% учреждений уборка туалетов производилась не менее двух раз в день, а в 78% учреждений были чистые туалеты. В Бутане две трети больниц производили уборку туалетов в стационарных отделениях не реже двух раз в день, а в амбулаторных отделениях и в отделениях врачебных консультаций туалеты убирались не реже двух раз в день примерно в половине и в одной трети больниц, соответственно (рис. 39). В проведенной в 2016 г. оценке в Танзании приводились сообщения о том, что пользователи оставляли после себя грязные туалеты, и подчеркивалось, что помимо уборки и поддержания общей гигиены необходимо вести просветительскую работу и повышать уровень информированности среди пользователей.

Условия и услуги, необходимые для соблюдения требований гигиены во время менструации

Виды условий и услуг, необходимых для соблюдения требований гигиены во время менструации, зависят от конкретных обстоятельств. Одни женщины для сбора менструальной крови пользуются одноразовыми изделиями, такими как тампоны и прокладки, другие используют многоразовые материалы,

⁴⁰ ICON-INSTITUT, Lesotho Health Facilities Survey, ICON-INSTITUT Public Health Sector GmbH, 2011.

⁴¹ Всемирная организация здравоохранения. Основные стандарты гигиены окружающей среды в медицинских учреждениях. ВОЗ, Женева, 2008 г. https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/ehs_hc/ru/.

Туалеты в медицинских учреждениях не всегда бывают чистыми

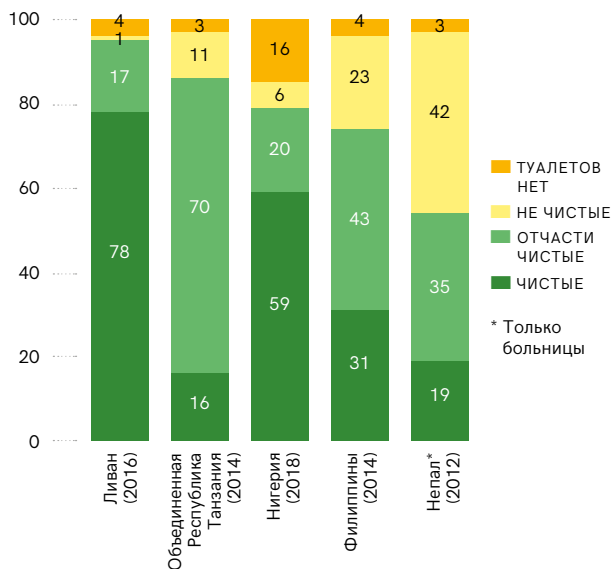


РИС. 38 Доля медицинских учреждений с чистыми туалетами, по странам (определения в разных странах разные) (%)

такие как ткани или менструальные чашечки. Медицинские учреждения должны быть в состоянии удовлетворить потребности пользователей с различными предпочтениями в отношении соблюдения требований гигиены во время менструации. Базовый уровень услуг санитарии предполагает наличие урны для выбрасывания одноразовых предметов гигиены при менструации и наличие уединенного места для омовений, в котором имеются мыло и вода, однако некоторые страны осуществляют мониторинг дополнительных аспектов соблюдения требований гигиены во время менструации в соответствии с местными потребностями и приоритетами. Например, более трети медицинских учреждений в Ливане в 2016 г. предоставляли базовые условия и средства для соблюдения требований гигиены во время менструации, включая воду и мыло, уединенность и закрывающиеся урны для выбрасывания предметов гигиены; меньше учреждений предоставляли дополнительные услуги, такие как обучение безопасному удалению гигиенических прокладок (рис. 40).

В 2018 г. Британская ассоциация врачей провела исследование, в результате которого выяснилось, что только 56% больничных трастов и советов по здравоохранению в Соединенном Королевстве предоставляют пациенткам гигиенические изделия в порядке обычной практики, а еще 29% предоставляют такие изделия в экстренных случаях.⁴² В ответ на это утверждение Национальная служба здравоохранения Англии указала, что к лету 2019 г. больницы будут обязаны предоставлять бесплатные гигиенические изделия любому пациенту, которому они потребуются.

В Бутане уборка туалетов в стационарных отделениях производилась чаще, чем в отделениях для амбулаторных больных

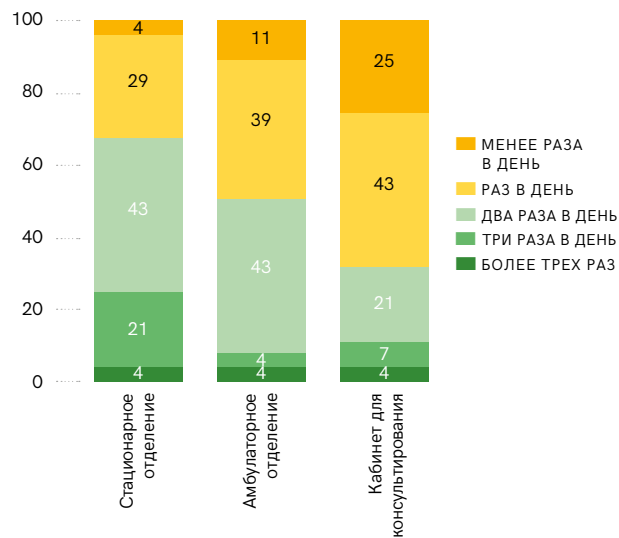


РИС. 39 Частота уборки туалетов в Бутане по типам отделений в больницах (Национальная оценка, 2016 г., n=28) (%)

В Ливане ведется мониторинг нескольких аспектов соблюдения требований гигиены во время менструации в медицинских учреждениях

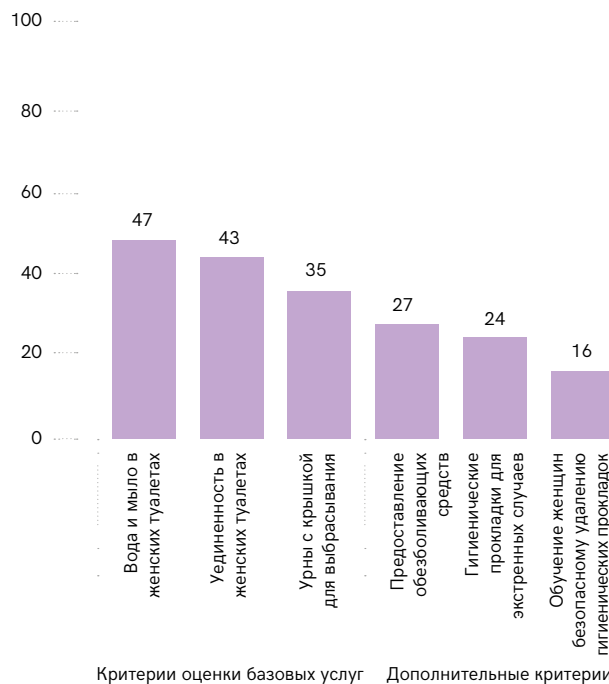


РИС. 40 Доля медицинских учреждений в Ливане, предоставляющих различные виды услуг и условий для соблюдения требований гигиены во время менструации (2016 г., n=166) (%)⁴³

⁴² British Medical Association, 'Sanitary product provision for inpatients', 4 February 2019, BMA, London, 2019, <www.bma.org.uk/collective-voice/policy-and-research/public-and-population-health/sanitary-product-provision-for-inpatients>, accessed 13 March 2019.

⁴³ Sustainable Alternatives, *WASH in Public Health Centres in Lebanon*, final survey report submitted to UNICEF in February 2018.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ УСЛОВИЙ ДЛЯ СОБЛЮДЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ГИГИЕНЫ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

В 1847 году венгерский акушер Игнац Земмельвейс обнаружил, что причиной шокирующих показателей материнской смертности в Венской центральной клинической больнице являлись сами врачи, которые принимались за обследование пациентов сразу после проведения аутопсии, предварительно не обработав надлежащим образом руки. Даже не имея представления о микробной теории, Земмельвейс смог значительно снизить смертность, потребовав от врачей мыть руки раствором хлора после аутопсии. С тех пор соблюдение гигиены рук в медицинских учреждениях стало краеугольным камнем руководящих принципов и методов профилактики и контроля инфекций (ПКИ), и на сегодняшний день считается основной мерой предотвращения внутрибольничных инфекций и распространения устойчивости к противомикробным препаратам.

Усилия по улучшению гигиены рук главным образом направлены на медицинских работников, поскольку они оказывают помощь большому числу пациентов и могут соприкасаться с кровью и другими биологическими жидкостями. Однако и посетители медицинских учреждений также могут распространять патогенные микроорганизмы на своих руках, поэтому важно, чтобы туалеты в медицинских учреждениях, используемые пациентами и другими посетителями, которые могут осуществлять уход за пациентами, были оборудованы приспособлениями для мытья рук водой с мылом. Вмешательства с целью повышения уровня гигиены рук в

медицинских учреждениях включают привлечение к решению этой задачи руководителей учреждений и медицинского персонала переднего края, обучение медицинских работников, размещение напоминаний на плакатах и улучшение системы распространения информации, мониторинг установленного порядка и высказывание замечаний и рекомендаций, но прежде всего принимаемые меры должны обеспечивать медицинским работникам свободный доступ к воде и мылу и/или антисептику для протирания рук на спиртовой основе и выработку у них знаний и навыков полноценного пользования этими средствами. ВОЗ определила пять «ключевых моментов», требующих соблюдения гигиены рук в медицинских учреждениях: 1) перед прикосновением к пациенту, 2) перед проведением процедур, требующих чистоты/стерильности, 3) после контакта/риска контакта с физиологическими жидкостями, 4) после прикосновения к пациенту, 5) после прикосновения к предметам, находящимся вокруг пациента.⁴⁴ Для того, чтобы медицинские работники, помощники по уходу за пациентами и сами пациенты могли соблюдать гигиену рук во всех пяти ключевых моментах, они должны быть обеспечены достаточными и функционирующими приспособлениями для соблюдения гигиены рук. Кроме того, ВОЗ рекомендует применять к решению задачи повышения уровня гигиены рук мультимодальный подход, главными элементами которого являются оценка и высказывание критических замечаний, напоминания на рабочем месте, а также создание климата безопасности в учреждении.⁴⁵

Невозможно соблюдать гигиену рук, не имея доступа к приспособлениям для ее соблюдения, поэтому для целей национального и глобального мониторинга показатель **базового уровня** касается наличия воды и мыла или антисептика для протирания рук на спиртовой основе в местах, где пациенты получают медицинскую помощь. Дополнительно базовый уровень условий для соблюдения требований гигиены включает наличие в туалетах воды и мыла. Если в медицинском учреждении имеются функционирующие⁴⁶ приспособления для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи или в туалетах, но не там и там одновременно, оно классифицируется как предоставляющее **ограниченный уровень** условий, а учреждения, в которых функционирующих приспособлений нет, считаются учреждениями, в которых **условия для соблюдения гигиены рук отсутствуют**.

ГИГИЕНА
Базовый уровень В местах оказания помощи и в пределах 5 метров от туалетов имеются функционирующие приспособления для соблюдения гигиены рук (с водой и с мылом и/или с антисептиком для протирания рук на спиртовой основе).
Ограниченный уровень Функционирующие приспособления для соблюдения гигиены рук имеются либо в местах оказания помощи, либо в туалетах, но не там и там.
Отсутствие условий для соблюдения требований гигиены Ни в местах оказания помощи, ни в туалетах нет функционирующих приспособлений для соблюдения гигиены рук.

РИС. 41 Иерархическая лестница базовых условий для соблюдения требований гигиены в медицинских учреждениях

⁴⁴ Подробнее см. Всемирная организация здравоохранения. Руководство по гигиене рук в здравоохранении. Всемирная организация здравоохранения, Женева, 2009 г. https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70126/21/WHO_IER_PSP_2009.07_rus.pdf.

⁴⁵ Всемирная организация здравоохранения, Руководство по внедрению Мультимодальной стратегии ВОЗ по улучшению гигиены рук, ВОЗ, Женева, 2009 г., <<https://www.who.int/gpsc/5may/tools/fru/>>.

⁴⁶ Приспособления для соблюдения гигиены рук в местах оказания медицинской помощи считаются функционирующими, когда там имеются либо антисептик для протирания рук на спиртовой основе, либо вода и мыло. Если используется антисептик, медицинский персонал, перемещаясь между местами оказания медицинской помощи, может носить с собой дозатор. Приспособления для соблюдения гигиены рук в туалетах считаются функционирующими, когда в пределах пяти метров от туалетов имеются вода и мыло. Антисептика на спиртовой основе для соблюдения гигиены рук в туалете недостаточно, т.к. он не удаляет с рук фекалии.

**ВСТАВКА 5****Вода и мыло или антисептик на спиртовой основе?**

Очищать руки антисептиком на спиртовой основе быстрее и легче, чем мыть руки водой с мылом. Поощрение медицинских работников к пользованию антисептиком может значительно улучшить соблюдение гигиены рук, а также стать запасным вариантом при нехватке воды. Однако антисептик менее эффективен, когда руки заметно грязные или испачканы кровью или другими биологическими жидкостями. В таких случаях (а также после посещения туалета) рекомендуется мыть руки водой с мылом.

Некоторые патогенные микроорганизмы (такие как *Clostridium difficile*) нельзя полностью удалить или обезвредить с помощью антисептика. В случае, когда есть большие опасения или уверенность в подверженности воздействию таких патогенов, предпочтительной мерой гигиены рук является их мытье водой с мылом. Для предотвращения распространения микробов требуются дополнительные меры гигиены, например, использование индивидуальных средств защиты.⁴⁷

Средства для соблюдения гигиены рук в медицинских учреждениях должны быть в наличии во всех местах, где пациентам оказывается медицинская помощь. Некоторыми программами мониторинга отслеживается наличие соответствующих материалов для соблюдения гигиены рук в нескольких местах по всему медицинскому учреждению, в то время как другие включают выборочные проверки в конкретных местах оказания помощи. Для того, чтобы можно было сравнивать сопоставимые характеристики, для целей глобального мониторинга наличие приспособлений для гигиены рук в любом месте оказания помощи засчитывается как базовый уровень условий для соблюдения требований гигиены. Когда есть возможность, в СПМ используются данные, касающиеся соблюдения гигиены рук в амбулаторном отделении и в зоне общего приема пациентов, даже если в других отделениях или зонах приспособления для гигиены рук отсутствуют.

ВСТАВКА 6**Места оказания медицинской помощи⁴⁴**

Под местом оказания медицинской помощи понимается такое место, где сходятся три элемента: пациент, медицинский работник и оказание помощи или лечение, предполагающее контакт с пациентом и предметами, которые его/ее окружают (в пределах личной зоны пациента). Такая концепция включает в себя необходимость выполнения требований гигиены рук в рекомендуемые моменты именно там, где происходит оказание медицинской помощи. Для этого необходимо, чтобы средства для соблюдения гигиены рук (например, антисептик на спиртовой основе или мыло с водой) были легкодоступными и располагались как можно ближе – желательно на расстоянии вытянутой руки – в местах, где происходит уход за пациентами и их лечение. Средства для соблюдения гигиены в месте оказания помощи должны быть расположены так, чтобы не было необходимости покидать зону пациента.

На рис. 42 показано, что в Китае почти во всех медицинских учреждениях есть приспособления для мытья рук, в большинстве из которых имеется вода, но только в трети из них (36%) вода и мыло или антисептик для протирания рук на спиртовой основе есть в местах оказания помощи. Поскольку в Китае вода и мыло в туалетах есть в двух из трех медицинских учреждений (67%), сдерживающим фактором, не позволяющим признать наличие **базового уровня обеспеченности средствами гигиены**, является отсутствие материалов для соблюдения гигиены рук в местах оказания медицинской помощи. Если в качестве определяющего фактора базового уровня условий для соблюдения гигиены взять минимальную из двух величин, то это может привести к завышению оценки базового уровня, поскольку в некоторых медицинских учреждениях могут быть приспособления для соблюдения гигиены рук только в местах оказания медицинской помощи, но не в туалетах.

⁴⁷ Подробнее см. Всемирная организация здравоохранения. Руководство по гигиене рук в здравоохранении. Всемирная организация здравоохранения, Женева, 2009 г. https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70126/21/WHO_IER_PSP_2009.07_rus.pdf

БАЗОВЫЙ УРОВЕНЬ УСЛОВИЙ ДЛЯ СОБЛЮДЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ГИГИЕНЫ

Иллюстрация выстраивания иерархической лестницы обеспеченности средствами гигиены: Китай

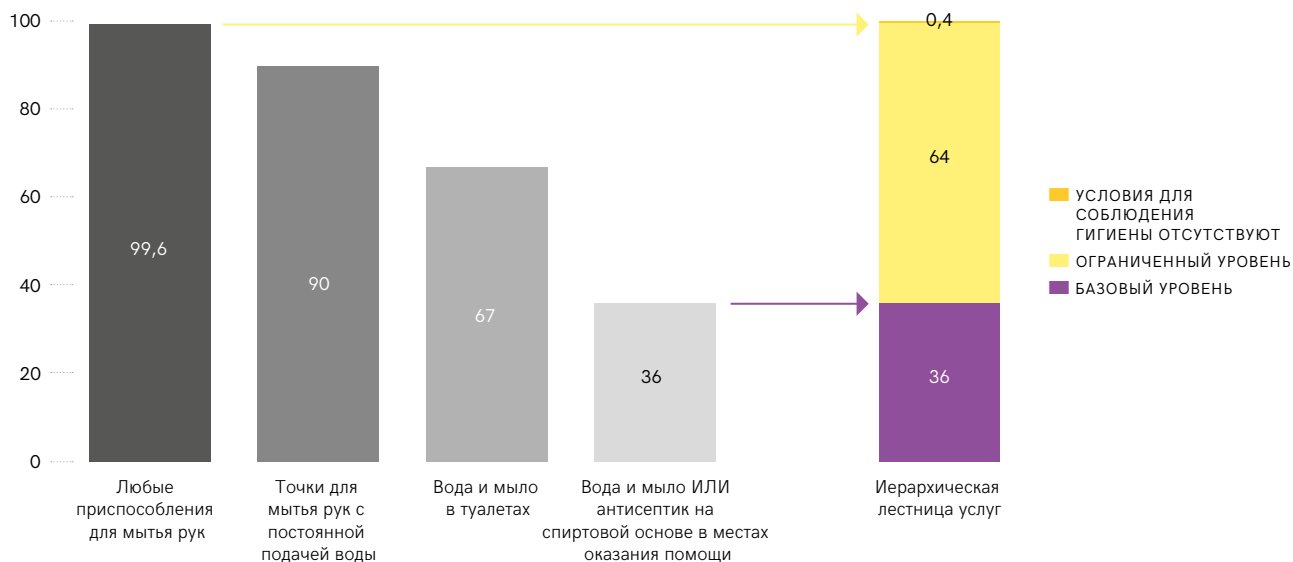


РИС. 42 Доля медицинских учреждений, в которых имеются приспособления для соблюдения гигиены рук с водой и с мылом или антисептиком на спиртовой основе, Китай (Обследование медицинских учреждений, 2018 г.) (%)



В 2016 г. во всем мире в 16% медицинских учреждений отсутствовали средства гигиены

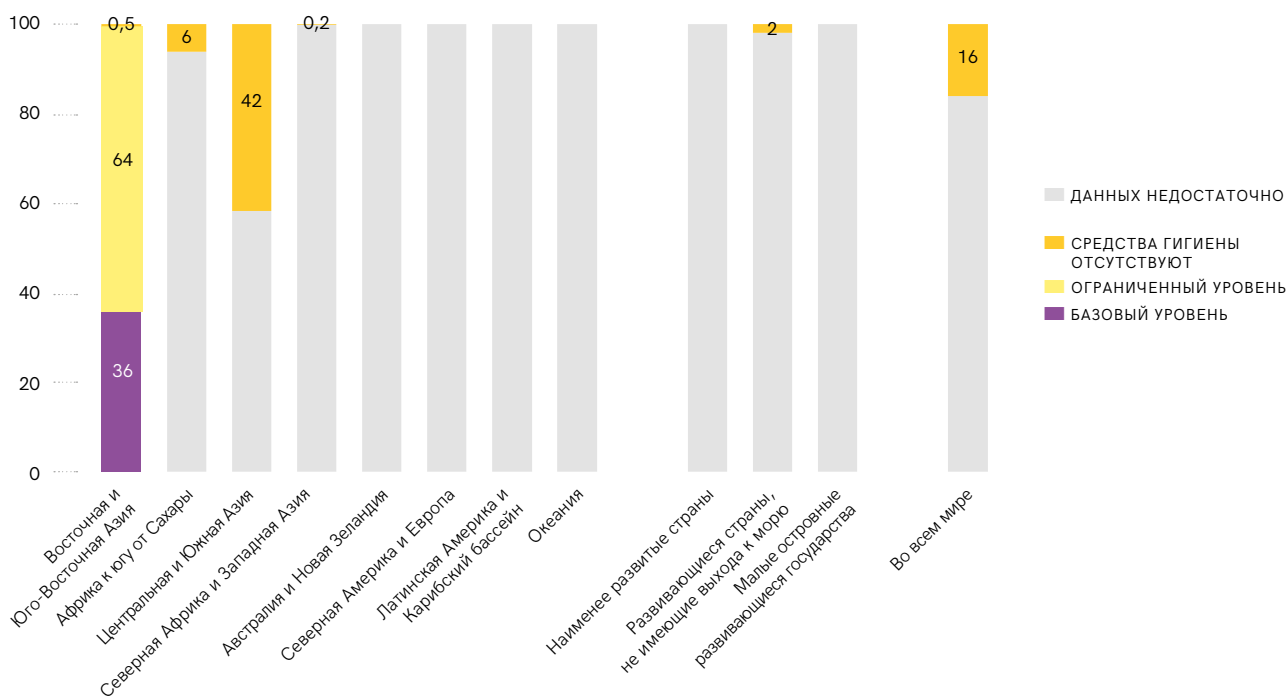


РИС. 43 Обеспеченность медицинских учреждений средствами гигиены по регионам и во всем мире, 2016 г. (%)

В 2016 г. оценки обеспеченности базовыми средствами гигиены имелись по 14 странам с совокупным населением 1,7 млрд. человек



РИС. 44 Охват данными о наличии средств гигиены в медицинских учреждениях по показателям, с указанием количества стран и населения, по которым имеются данные (млрд человек), 2016 г.

Однако, поскольку данные об этих различных показателях могут поступать из разных обследований или наборов данных, не всегда есть возможность рассчитать показатели базовых услуг на уровне отдельных медицинских учреждений, и СПМ производит этот расчет на основе совокупных показателей для медицинских учреждений по каждой характеристике.

В 2016 г. в каждом шестом (16%) медицинском учреждении в мире **средства гигиены отсутствовали**, т.е. приспособлений для соблюдения гигиены рук не было ни в местах оказания помощи, ни в туалетах (рис. 43.). Хотя данных для расчета оценок доли медицинских учреждений, в которых **средства гигиены отсутствуют**, было достаточно в четырех регионах, только в одном регионе ЦУР – Восточной и Юго-Восточной Азии – имелось достаточно данных для получения оценок обеспеченности **базовыми средствами гигиены**. Для оценки положения дел в остальных четырех регионах ЦУР данных было недостаточно, и в 2016 г. данными располагали очень немногие страны с высоким уровнем доходов.

Хотя в медицинских учреждениях, находящихся в странах с высоким уровнем доходов, с большей вероятностью можно предположить наличие доступа к мылу и водопроводной воде (а также к улучшенным санитарно-техническим сооружениям), они все же могут сталкиваться с материально-техническими проблемами и препятствиями в цепи поставок антисептика для протирания рук на спиртовой основе. Иногда страны заявляют о 100-процентном охвате базовым уровнем (указывая, что

В 2016 г. оценки обеспеченности базовыми средствами гигиены имелись по 14 странам

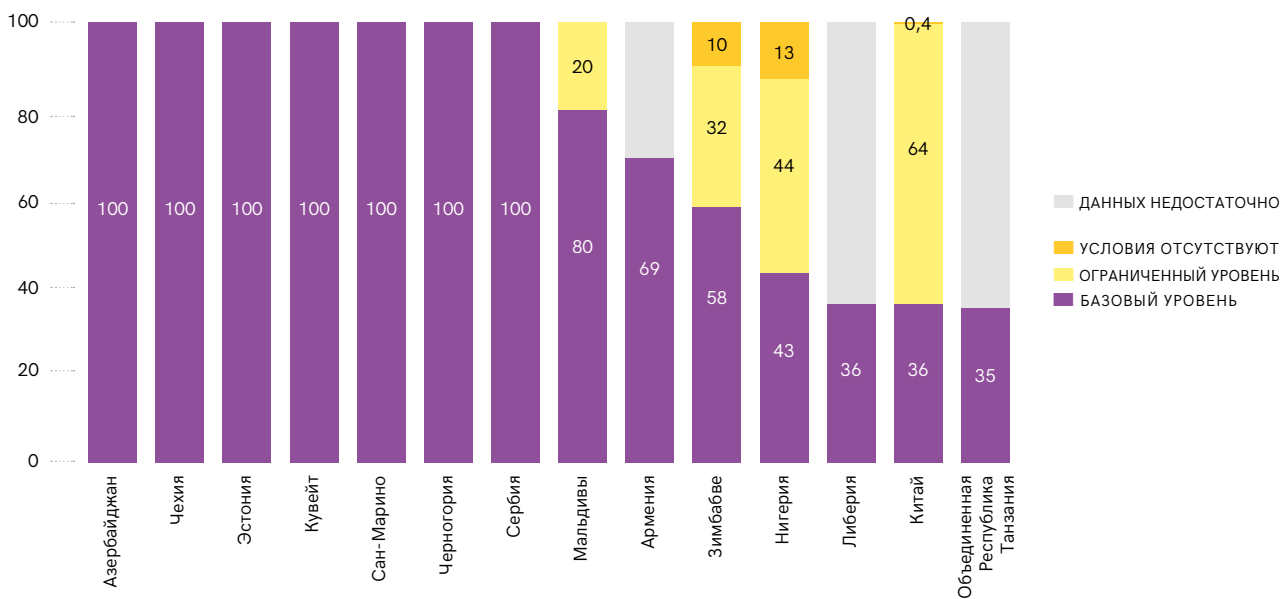


РИС. 45 Обеспеченность медицинских учреждений средствами гигиены, 2016 (%)

таково требование закона или строительных норм и правил), но СПМ в отсутствие подтвержденных данных о соблюдении этих норм не использует подобную информацию для расчета национальных оценок.

В 2016 г. оценки **обеспеченности базовыми средствами гигиены** имелись по 14 странам с совокупным населением 1,7 млрд. человек (рис. 44), что составляет всего 19% мирового населения и является недостаточным для глобальной оценки. В трех из этих стран было недостаточно данных для понимания того, в каких медицинских учреждениях наблюдается **ограниченный уровень условий для соблюдения требований гигиены**, а в каких **средства гигиены отсутствуют** (рис. 45). Из 59 стран, которые располагали какими-либо данными о положении дел в области гигиены рук, только в 16 имелась информация о наличии воды и мыла в туалетах. Гораздо больше стран (55 с совокупным населением 2,9 млрд человек, или 35% мирового населения) собирают информацию о наличии приспособлений для гигиены рук в местах оказания медицинской помощи, хотя чаще собираются данные о наличии воды и мыла, а не антисептика для протирания рук на спиртовой основе. Приспособлениями для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи располагали 57% медицинских учреждений в мире.

Среди 19 стран, которые имели данные о наличии в пунктах оказания помощи как воды и мыла, так и антисептика на спиртовой основе, в одних, включая Объединенную Республику Танзанию, относительно выше был показатель наличия приспособлений для мытья рук водой с мылом, тогда как в других, например, в Мьянме, выше был показатель доступа к антисептику для протирания рук на спиртовой основе (рис. 46).

В одних странах в местах оказания помощи чаще встречаются вода и мыло, в других – антисептик для протирания рук на спиртовой основе

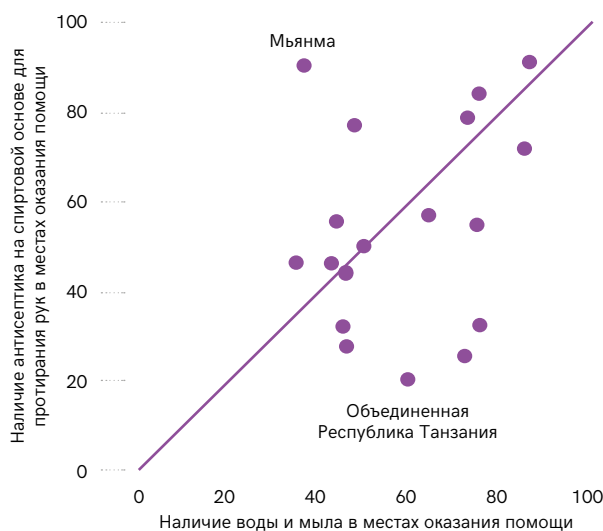


РИС. 46 Доля медицинских учреждений, имеющих в местах оказания помощи антисептик на спиртовой основе для протирания рук и воду с мылом, 19 стран, в которых имелись данные, 2016 (%)

Между странами и регионами наблюдаются широкие различия в наличии материалов для соблюдения гигиены рук в местах оказания медицинской помощи, при этом в

большинстве регионов есть как минимум одна страна с охватом менее 50% и одна с охватом более 90% (рис. 47).

В 2016 году оценки наличия приспособлений для гигиены рук в местах оказания помощи имелись по 55 странам

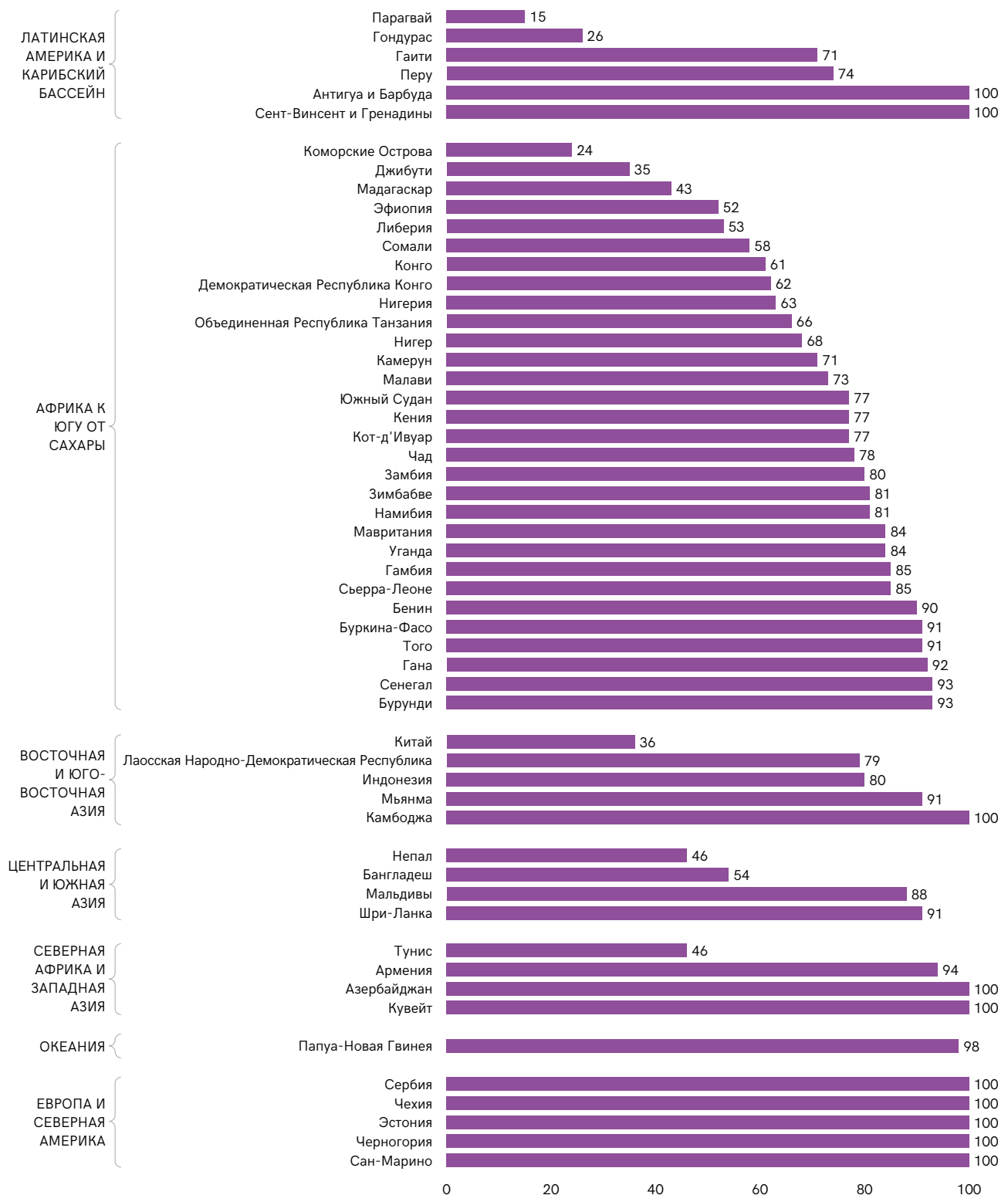


РИС. 47 Доля медицинских учреждений, имеющих материалы для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи, по странам и регионам ЦСР, 2016 г. (%)

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЛЯ МОНИТОРИНГА ГИГИЕНЫ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Государство обязано устанавливать стандарты гигиены в медицинских учреждениях и осуществлять программы, направленные на повышение уровня там, где это необходимо. Глобальный показатель охвата базовыми средствами гигиены служит хорошей отправной точкой, но не включает других важных аспектов гигиены, таких как способы соблюдения гигиены рук и уровень соблюдения требований гигиены в ключевые моменты, доступность точек мытья рук во всех местах оказания помощи или наличие и состояние помещений для купания. Во многих медицинских учреждениях базовый уровень уже достигнут, но условия для соблюдения гигиены все еще нуждаются в улучшении. Странам, где базовый уровень условий уже является нормой, следует рассмотреть возможность разработки и мониторинга дополнительных показателей, соответствующих более высоким уровням. Здесь представлено несколько наглядных примеров национального мониторинга, выходящего за рамки базового уровня, но для того, чтобы сделать эти меры стандартом, требуется дальнейшая работа.

Наличие материалов для соблюдения гигиены рук в разных отделениях больницы

Базовый уровень обеспеченности средствами гигиены подразумевает наличие в местах оказания помощи воды и мыла или антисептика для протирания рук на спиртовой основе. Обычно используются данные из общего амбулаторного отделения, но показатель доступности может меняться в зависимости от типа кабинета для осмотра пациентов. В Малави приспособления для соблюдения гигиены рук (водопроводная вода и мыло или антисептик для протирания рук) были доступны в 75% родильных палат и в 65% амбулаторных отделений, но только в 36% детских прививочных кабинетов (рис. 48). Наличие материалов для соблюдения гигиены рук во всех местах оказания помощи отмечалось меньше, чем в трети (31%) медицинских учреждений. Амбулаторное отделение является тем местом оказания медицинской помощи, которое используется в качестве базиса для целей глобального мониторинга, но эта глобальная система измерения отражает потенциально завышенные оценки наличия материалов для соблюдения гигиены рук во всем медицинском учреждении.



В Малави приспособления для соблюдения гигиены рук реже всего можно найти в детских прививочных кабинетах

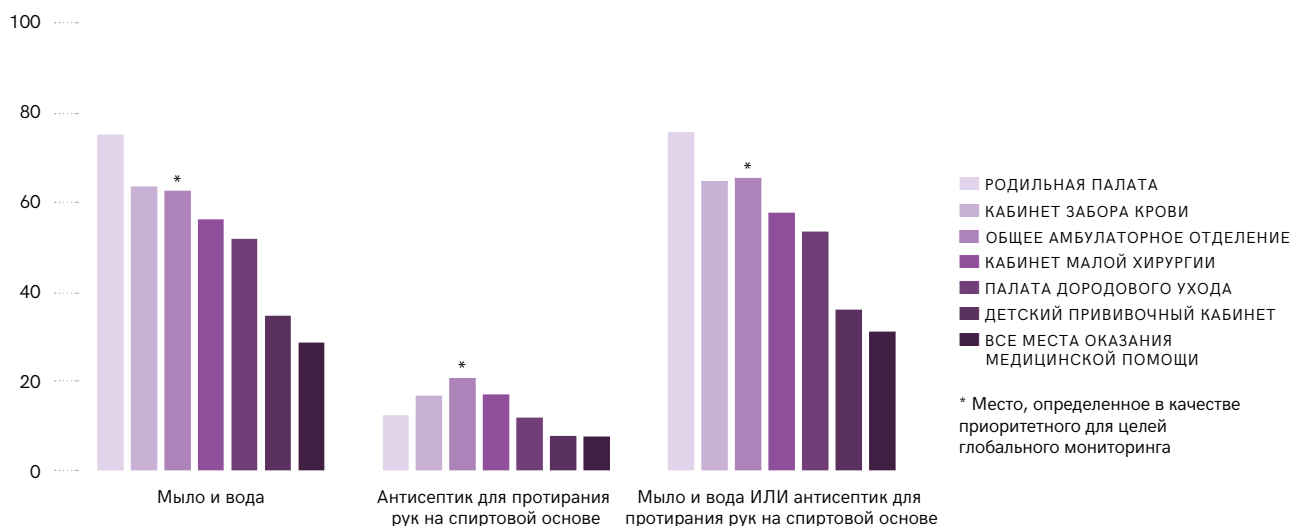


РИС. 48 Доля кабинетов разных типов для приема пациентов с наличием мыла и воды и антисептика для протирания рук на спиртовой основе, в которых проводилось наблюдение во время посещения медицинских учреждений в Малави (Оценка предоставления услуг, 2013 г., n=540-977) (%)

Практика соблюдения гигиены рук

Наличие материалов для соблюдения гигиены рук необходимо, но вовсе не гарантирует соблюдения правил гигиены в ключевые моменты. Например, проведенное в 2014 году в Бангладеш обследование, которое включало пятчасовое структурированное наблюдение почти 5000 случаев, в которых было необходимо соблюдать гигиену рук в медицинских учреждениях, показало, что, хотя в 69% больниц

были приспособления для гигиены рук в местах оказания медицинской помощи, только 17% медицинских работников мыли руки с мылом после прикосновения к пациентам или ранам и только 2% мыли руки с мылом перед контактом с пациентом или выполнением действий, требующих асептики (рис. 49). Точно так же в Камбодже в 2010 году медицинские работники мыли руки с мылом в ходе менее одной из 30 консультаций, хотя приспособления для мытья рук имелись в половине медицинских учреждений.

Медицинский персонал не всегда соблюдает гигиену рук в пяти ключевых моментах



РИС. 49 Соблюдение требований гигиены рук в больницах в Бангладеш (Национальное обследование исходного состояния гигиены, 2014 г.) (%)

Часто мытье рук пропагандируется в медицинских учреждениях, где приспособления для мытья рук отсутствуют

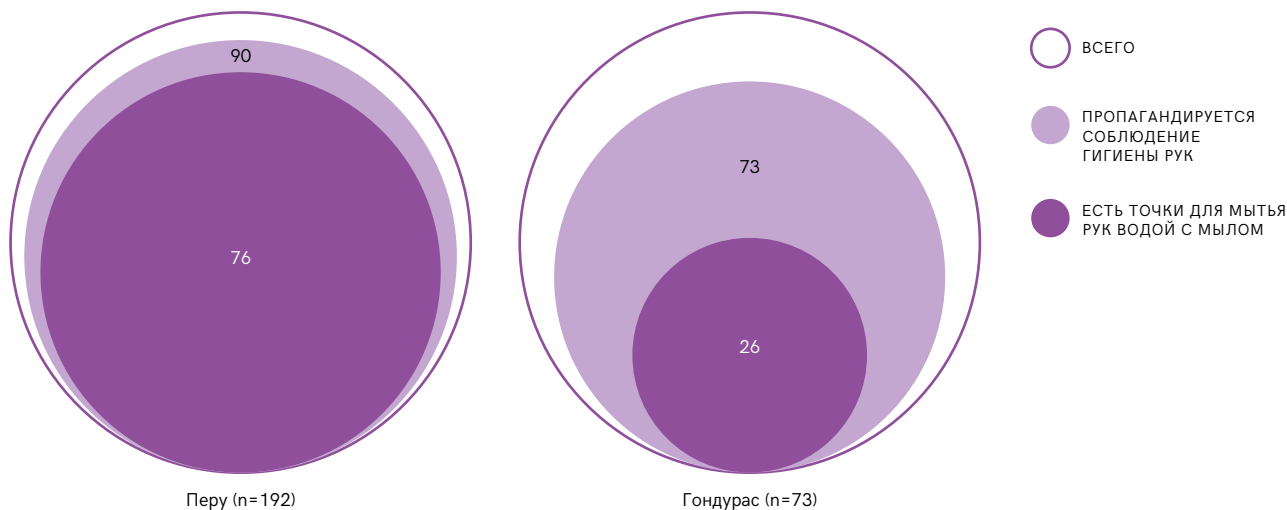
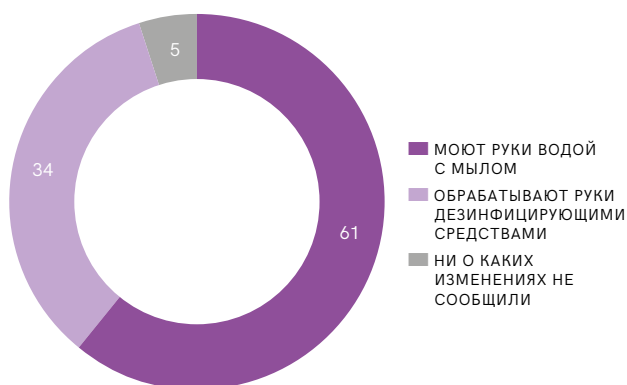


РИС. 50 Доля медицинских учреждений, в которых имеются приспособления для мытья рук и пропагандируется мытье рук, в Перу и Гондурасе (ВОЗ, 2017 г.) (%)

В Сьерра-Леоне более 95% медицинских работников сообщили, что стали строже соблюдать гигиену рук после того, как узнали о лихорадке Эбола



Доля медицинских работников в Сьерра-Леоне, которые сообщили об изменении своего поведения в отношении гигиены рук после того, как узнали о лихорадке Эбола (Обследование медицинских учреждений, 2014 г.) (%)

РИС. 51

Пропаганда соблюдения гигиены рук

Успешное и устойчивое повышение уровня гигиены рук достигается путем реализации множества мер, направленных на преодоление различных препятствий и поведенческих барьеров. Агитационные материалы и стратегии позволяют улучшить соблюдение гигиены рук только при наличии приспособлений для ее соблюдения. В Перу в 2017 г. доля медицинских учреждений, в которых были приняты стратегии обучения и введено

стимулирование мытья рук, была на 14 процентных пунктов выше доли учреждений, в которых имелись точки для мытья рук водой с мылом (рис. 50). В Гондурасе почти в половине медицинских учреждений велась пропаганда мытья рук, но в то же время было недостаточно материалов для полноценного соблюдения гигиены.

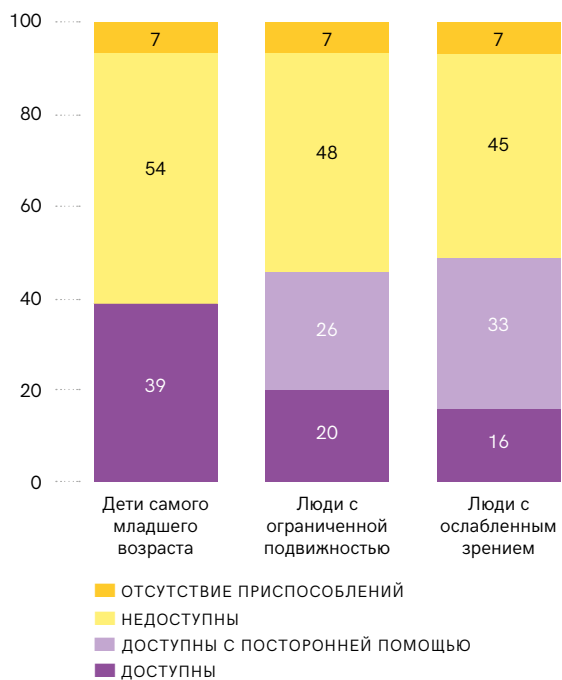
Положительным примером того, как изменилось отношение к мытью рук в связи с эпидемией Эбола, служит Сьерра-Леоне. В ходе национального обследования медицинских учреждений первичного звена в 2014 г. более 95% медицинских работников сообщили об изменении своего отношения к мытью рук после того, как узнали о лихорадке Эбола (рис. 51). Однако вследствие необъективности респондентов соблюдение правил гигиены рук со слов самих респондентов часто оказывается сильно преувеличенным по сравнению с реальным соблюдением.

Доступность точек для мытья рук для всех

Возможность вымыть руки должны иметь не только медицинские работники, но и пациенты и посетители. Среди пациентов и посетителей могут быть маленькие дети и люди с ограниченной подвижностью или с ослабленным зрением. Мониторинг доступности точек для мытья рук в медицинских учреждениях ведется в немногих странах, но одно обследование в Ливане показало, что точки для мытья рук, доступные для самых маленьких детей, имелись примерно в 40% учреждений, а приспособления для соблюдения гигиены рук, доступные для людей с ограниченной подвижностью и ослабленным зрением, имелись менее чем в 20% учреждений (рис. 52).



В 2016 г. точки для мытья рук, доступные для людей с ограниченной подвижностью и ослабленным зрением, имелись менее чем в одном из пяти медицинских учреждений в Ливане



Доля медицинских учреждений в Ливане, где есть точки для мытья рук, доступные для маленьких детей и людей с ограниченной подвижностью или ослабленным зрением (2016 г., n=166) (%)⁴⁸

РИС. 52

Помещения для купания

Купание может уменьшить число случаев внутрибольничных инфекций и улучшить самочувствие пациентов. Пациенты должны иметь возможность искупаться в функционирующих, чистых и доступных сооружениях, в которых обеспечивается уединение и уважение их человеческого достоинства. Однако даже там, где сооружения для купания существуют, они не всегда соответствуют потребностям пациентов. При проведении оценки в 2004 г. в регионах Соединенного Королевства было установлено, что 10% душевых не функционировали, а в 28% больничных палат не было душевых, которые были бы доступны для людей в инвалидных колясках.⁴⁹ Сравнение с аналогичными исследованиями, проведенными там же более 20 лет назад, показало очень медленный темп изменения ситуации к лучшему.

⁴⁸ Sustainable Alternatives, *WASH in Public Health Centres in Lebanon*, final survey report submitted to UNICEF in February 2018.

⁴⁹ Monro, A and Mulley, GP, 'Hospital Bathrooms and Showers: A continuing saga of inadequacy', *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2004, vol 97(5), pp 235-237, <<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/014107680409700507>>.

УСЛУГИ ПО ОБРАЩЕНИЮ С ОТХОДАМИ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Большая часть отходов, образующихся в медицинских учреждениях – около 85% – неопасна и может быть удалена вместе с обычными твердыми отходами. Остальные 15% являются либо инфекционными, либо химически опасными или радиоактивными, и с ними необходимо обращаться правильно, чтобы предотвратить опасное воздействие на медицинских работников, пациентов, посетителей, лиц, осуществляющих обращение с отходами, и население.⁵⁰ Использованные иглы и другие острые материалы, как правило, считаются наиболее опасной категорией медицинских отходов, поскольку они могут легко привести к ранам от укола иглы и впоследствии стать причиной заражения инфекцией.⁵¹

⁵⁰ Всемирная организация здравоохранения. Безопасное управление отходами медико-санитарной деятельности. ВОЗ, Женева, 2014. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259684/1/WHO-FWC-WSH-17.05-rus.pdf?ua=1>.

⁵¹ World Health Organization, *Management of Waste from Injection Activities at District Level*, WHO, Geneva, 2006, <www.who.int/management/quality/ManagementWasteInjections.pdf>.

ОБРАЩЕНИЕ С ОТХОДАМИ

Базовый уровень

Отходы безопасно разделяются как минимум по трем контейнерам и производится безопасная обработка и удаление острых и инфекционных отходов.

Ограниченный уровень

Разделение и/или обработка и удаление острых и инфекционных отходов производится в ограниченной степени, но соблюдаются не все требования, предъявляемые к базовому уровню услуг.

Отсутствие услуг

Нет отдельных контейнеров для острых и инфекционных отходов и не производится обработка и удаление острых и/или инфекционных отходов.

РИС. 53 Иерархическая лестница базовых услуг по обращению с медицинскими отходами



Иллюстрация выстраивания иерархической лестницы услуг по обращению с медицинскими отходами: Индия

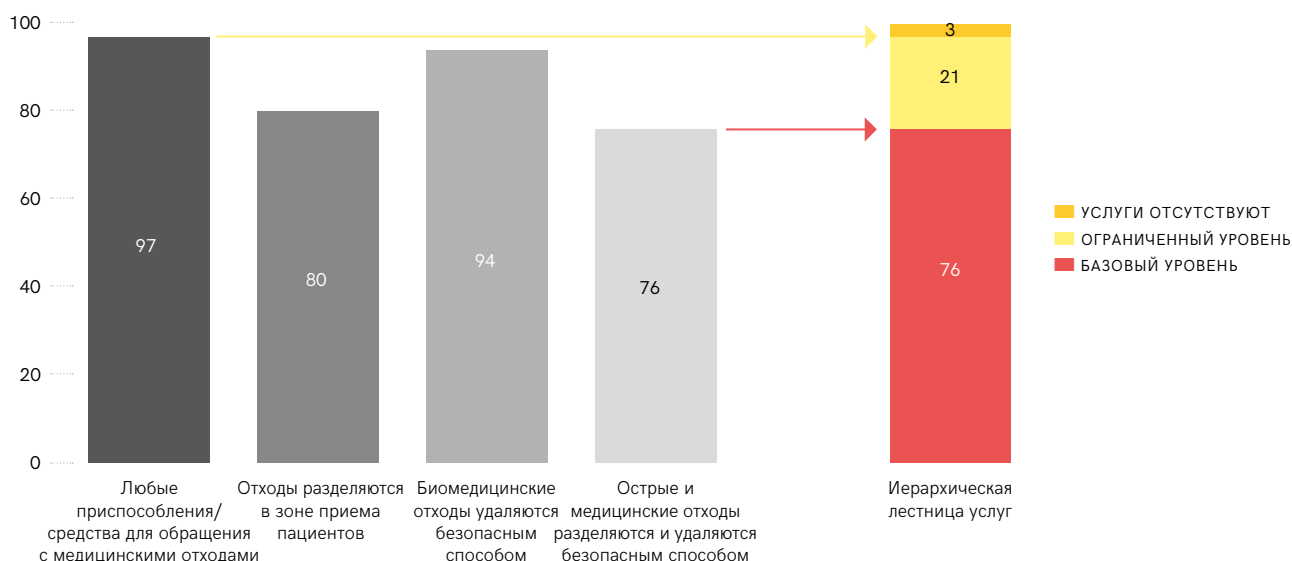


РИС. 54 Услуги по обращению с отходами в государственных районных больницах в Индии (Kayakalp, 2018 г.) (%)

Первый шаг в обращении с медицинскими отходами – это их разделение в месте образования по соответствующим мешкам или контейнерам как минимум на три категории: обычные неопасные, инфекционные и острые отходы. После разделения следует обеспечить надежное хранение инфекционных и острых отходов, а затем отправить их на обработку и удаление с использованием средств либо на территории медицинского учреждения, либо специально предназначенных для этого средств за его пределами.

Для целей глобального мониторинга показатель **базового уровня услуг** включает разделение отходов как минимум по трем контейнерам, а также безопасную обработку и удаление острых и инфекционных отходов. Если в медицинском учреждении имеются системы частичного разделения и/или обработки отходов, например, сжигание отходов в открытой яме, а не в двухступенчатой мусоросжигательной печи, такое учреждение классифицируется как имеющее **ограниченный уровень услуг**, а учреждения, где системы разделения или обработки и удаления отходов отсутствуют, считаются учреждениями, в которых **услуги отсутствуют**.

В 2015 году с целью внесения вклада в более широкомасштабную работу в рамках инициативы Swachh Bharat («Чистая Индия») Министерством здравоохранения и поддержки семьи Индии была начата программа Kayakalp. Она строится на мониторинге ряда показателей, связанных с чистой и контролем инфекций в медицинских учреждениях.⁵² Медицинские учреждения оцениваются организациями равного статуса, а после этого проверяются

сторонними инспекционными группами. В Национальном информационном центре систем здравоохранения Индии были проанализированы данные об обращении с медицинскими отходами в 701 государственной районной больнице за 2018 год, а данные по центрам первичной медицинской помощи будут готовы в конце 2019 г. Данные по больницам на рис. 54 показывают, что почти во всех (97%) районных больницах организована та или иная форма обращения с отходами, и только в 3% больниц подобные **услуги отсутствуют**. Уровень удаления биомедицинских отходов (в том числе острых и инфекционных) также был высок и составлял 94%. Распространенность разделения отходов, которое включает хранение острых отходов в проколостойких контейнерах и разделение других биомедицинских отходов в соответствии с общенациональным руководством от 2016 г., была ниже и составляла 80%. В целом в 76% больниц в Индии производилось и разделение и удаление отходов, и эти больницы были отнесены к категории обеспеченных **базовыми услугами**.

В 2016 г. данные имелись только по трем из восьми условных регионов ЦУР, и этого было недостаточно, чтобы рассчитать глобальные оценки услуг по обращению с отходами в медицинских учреждениях (рис. 55). Наиболее полные данные имелись по странам Африки к югу от Сахары, где можно было рассчитать показатели **базового уровня, ограниченного уровня услуг** или **отсутствия услуг**. Кроме того, можно было рассчитать показатель **базового уровня услуг** для Океании, в то время как в Северной Африке и Западной Азии имелись данные для расчета показателя **отсутствия услуг**.

⁵² Ministry of Health & Family Welfare, *Guidelines for Implementation of "Kayakalp" Initiative*, Government of India, New Delhi, undated, <www.nhm.gov.in/images/pdf/in-focus/Implementation_Guidebook_for_Kayakalp.pdf>.

БАЗОВЫЕ УСЛУГИ ПО ОБРАЩЕНИЮ С ОТХОДАМИ

В 2016 г. в наименее развитых странах базовыми услугами по обращению с медицинскими отходами были обеспечены 27% медицинских учреждений

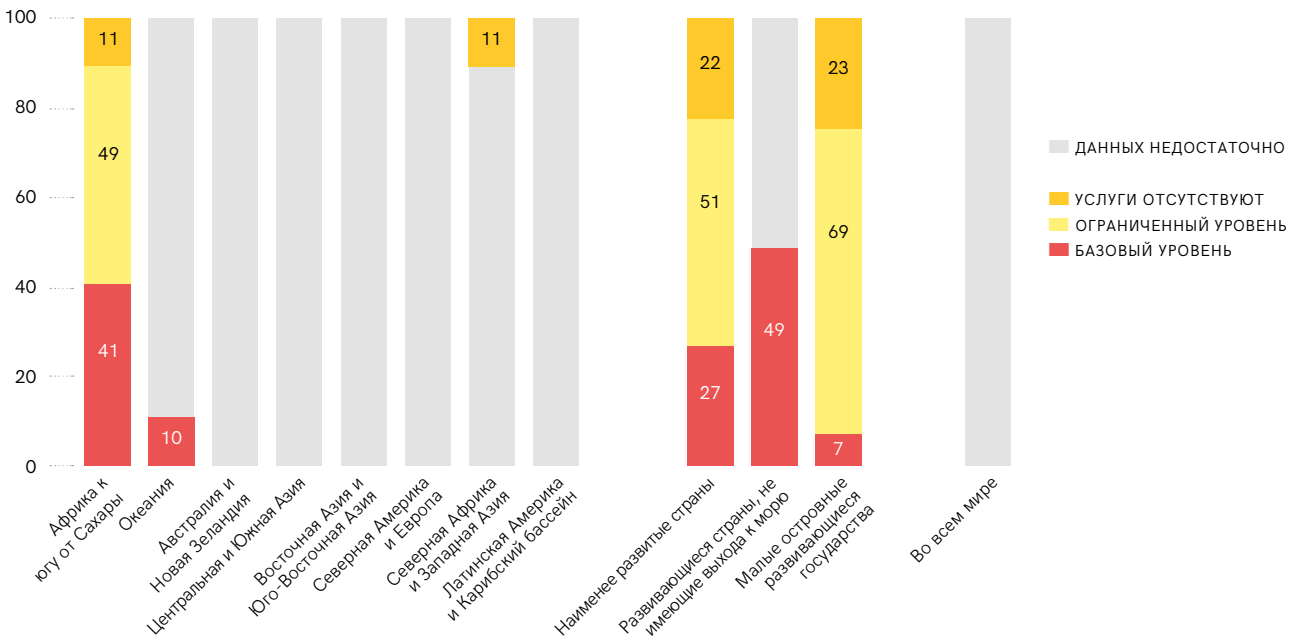


РИС. 55 Обеспеченность медицинских учреждений услугами по обращению с медицинскими отходами, по регионам и во всем мире, 2016 г. (%)

В 2016 г. данные о базовых услугах по обращению с медицинскими отходами имелись по 48 странам с совокупным населением 1,4 млрд человек



Охват данными об услугах по обращению с медицинскими отходами, по показателям, с указанием числа стран и численности населения, по которым имеются данные (млрд человек), 2016 г.

РИС. 56

Данные о **базовых услугах по обращению с отходами** в медицинских учреждениях (в т.ч. в больницах и других типах медицинских учреждений) имелись по 48 странам (рис. 56) с совокупным населением 1,4 млрд человек, или 19% мирового населения, и этого было недостаточно для расчета глобальной оценки. Тем не менее, данных о **базовых услугах по обращению с отходами** в больницах было достаточно (46 стран с совокупным населением, составляющим 35% населения земного шара), чтобы подсчитать, что две трети (65%) больниц во всем мире обеспечены **базовыми услугами** (рис. 57), хотя на эту оценку оказывают большое влияние данные, полученные в рамках индийской программы Kaayakalp (рис. 54), где был установлен довольно высокий уровень услуг. В глобальном масштабе показатели обработки и удаления инфекционных и острых отходов в больницах были одинаковы – примерно 80%, хотя в случае Индии оба эти показателя в отчетности объединяются в один – обработка биомедицинских отходов. Показатель разделения отходов был немного ниже: только в трех больницах из четырех (75%) отходы разделялись минимум по трем контейнерам.

Охват базовыми услугами по обращению с медицинскими отходами колебался от 100% в нескольких странах с высоким уровнем доходов до однозначных чисел в некоторых странах с низким уровнем доходов (рис. 58). Только в 28 из 48 стран, в которых имелись оценки **базового уровня**, можно было

В каждой третьей больнице во всем мире не был обеспечен базовый уровень услуг по обращению с отходами

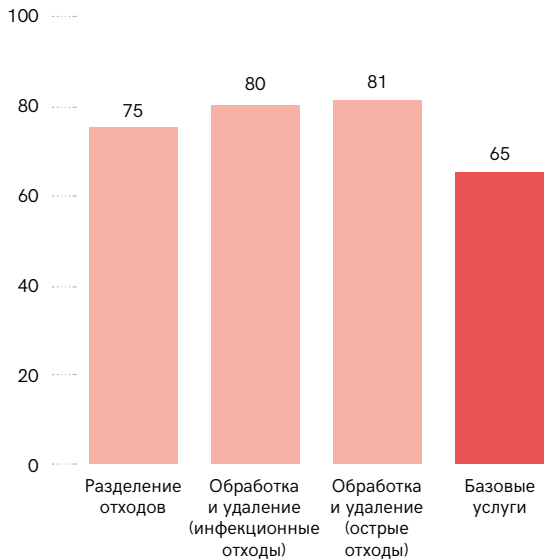


РИС. 57 Услуги по обращению с медицинскими отходами в больницах (n=46 стран), 2016 г. (%)

Иногда отходы обрабатываются без предварительного разделения, а разделенные отходы часто не проходят обработку

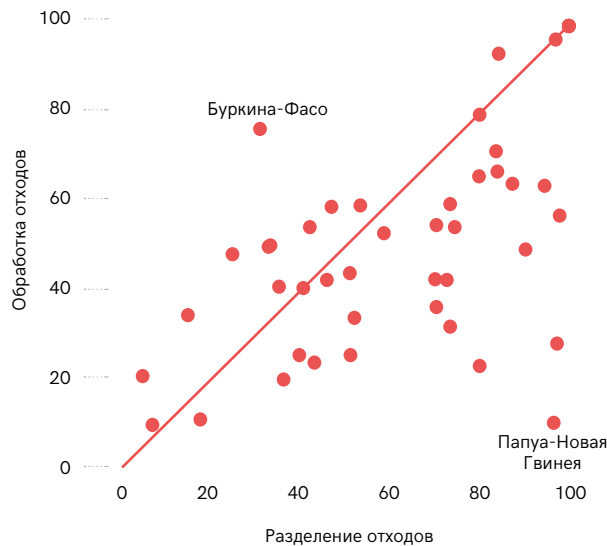


РИС. 59 Разделение и обработка отходов в медицинских учреждениях, 2016 г. (%)

также выделить **ограниченный уровень услуг и отсутствие услуг**. В десяти из этих стран не менее чем в 10% медицинских учреждений **услуги отсутствуют**.

Из 48 стран, которые располагали данными как по разделению, так и по обработке отходов, в 26 странах уровни разделения отходов были выше, чем уровни их обработки, тогда как в 13 странах уровни обработки отходов были выше, чем уровни

разделения (рис. 59). В оставшихся девяти странах разделение и обработка отходов велись примерно на одних и тех же уровнях и, как правило, достигали 100%. В Папуа-Новой Гвинее разделение отходов было почти повсеместным, хотя их большая часть сжигалась в открытых ямах, что не соответствует базовому уровню услуг. И наоборот, в Буркина-Фасо уровень обработки инфекционных и острых отходов был высоким, а уровень разделения инфекционных отходов относительно низкий.

В 2016 г. оценки базовых услуг по обращению с медицинскими отходами имелись по 48 странам

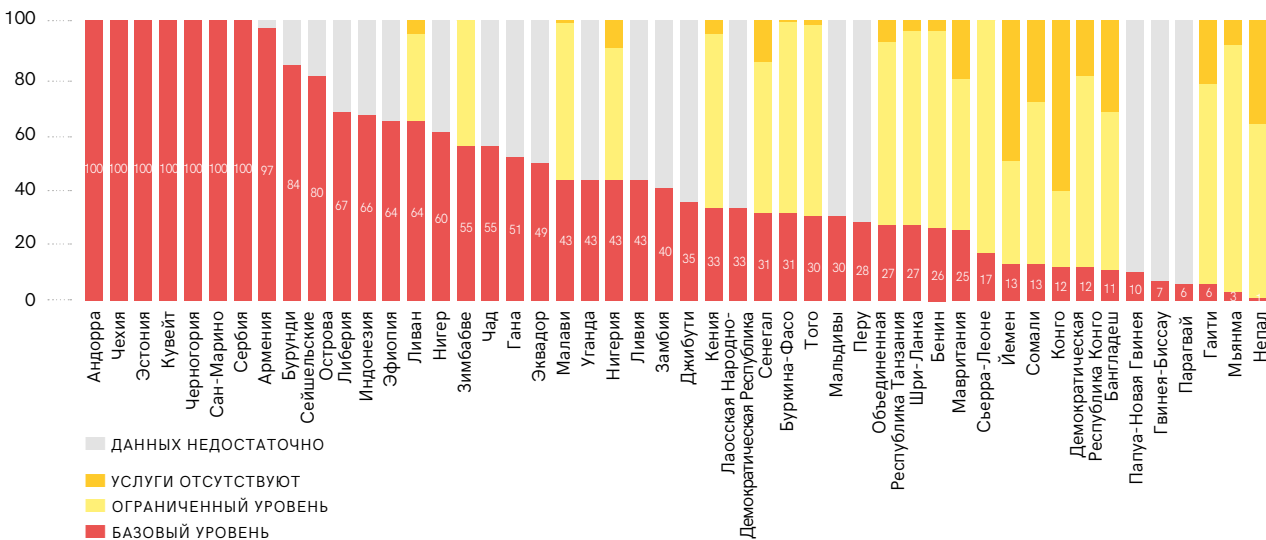


РИС. 58 Услуги по обращению с отходами в медицинских учреждениях, 2016 г. (%)

В 2016 г. оценки безопасного разделения медицинских отходов имелись по 60 странам

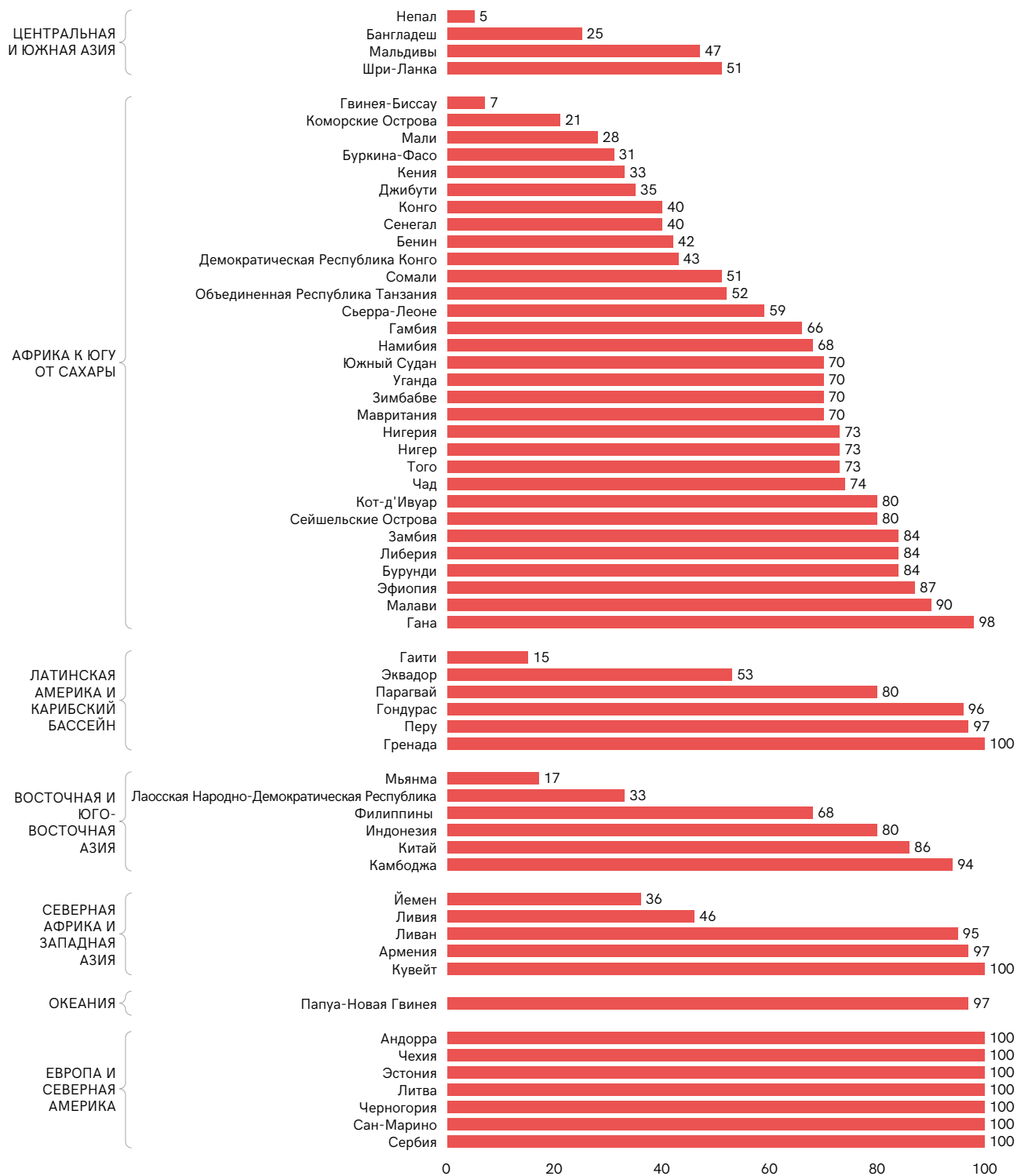


РИС. 60 Доля медицинских учреждений, в которых практикуется разделение отходов, по странам и регионам ЦУР, 2016 г. (%)

В 2016 г. оценки безопасной обработки и удаления медицинских отходов имелись по 53 странам

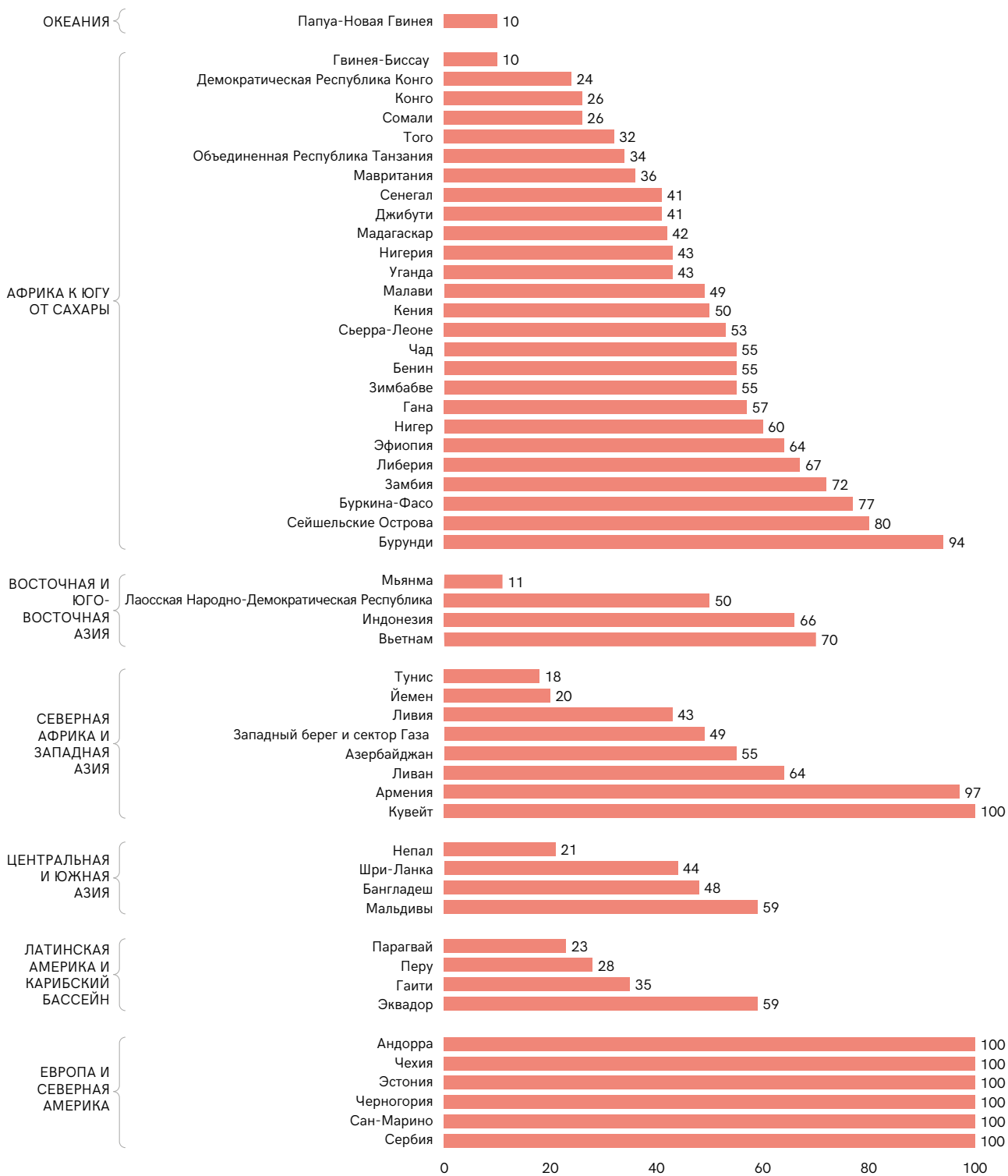


РИС. 61 Доля медицинских учреждений, в которых практикуется обработка отходов, по странам и регионам ЦУР, 2016 г. (%)



Информацию о разделении медицинских отходов собирают многие страны; так, в 2016 г. национальные оценки имелись по 60 странам (рис. 60) с совокупным населением 40% населения земного шара. В среднем в 60% медицинских учреждений была хотя бы какая-то система разделения отходов. Однако методы, применяемые для оценки разделения отходов, в разных обследованиях разные. В некоторых просто отмечается, имеется ли контейнер для острых отходов, тогда как в других проводится проверка для того, чтобы лично убедиться в наличии контейнеров во всех местах образования отходов, проверяется, правильно ли они используются (например, не переполнены ли они) и имеют ли они соответствующую маркировку. Во многих обследованиях не собирается информация о разделении других видов отходов или о применении рекомендованной системы сортировки по трем контейнерам. В рамках обследований «Оценка наличия и готовности услуг» (SARA) проводится сбор данных о наличии контейнеров для острых предметов (безопасных контейнеров) и емкостей с крышкой и пластиковым мешком (урны с педалями) для хранения инфекционных отходов, и в большинстве случаев

обнаруживается, что разделение и надлежащее хранение значительно лучше организовано в отношении острых отходов, чем в отношении инфекционных отходов (рис. 62). Поэтому обследования, в ходе которых собирается информация только о наличии контейнеров для острых отходов, могут содержать завышенную оценку принятого в медицинских учреждениях порядка разделения отходов.

Число стран, имевших национальные оценки обработки и удаления отходов, несколько меньше, чем число стран, которые имели оценки разделения отходов. Национальные оценки обработки медицинских отходов имелись по 53 странам, совокупное население которых составляло 21% населения земного шара. В шести из семи регионов ЦУР, в которых имелись данные по странам, по крайней мере в одной стране безопасную обработку и удаление медицинских отходов осуществляют менее 25% медицинских учреждений (рис. 61). Только примерно в одном из десяти медицинских учреждений в Папуа-Новой Гвинее, Гвинее-Биссау и Мьянме применялись безопасные методы обработки инфекционных и острых отходов.

Показатели надлежащего разделения и хранения обычно бывают выше в случае острых отходов по сравнению с инфекционными отходами

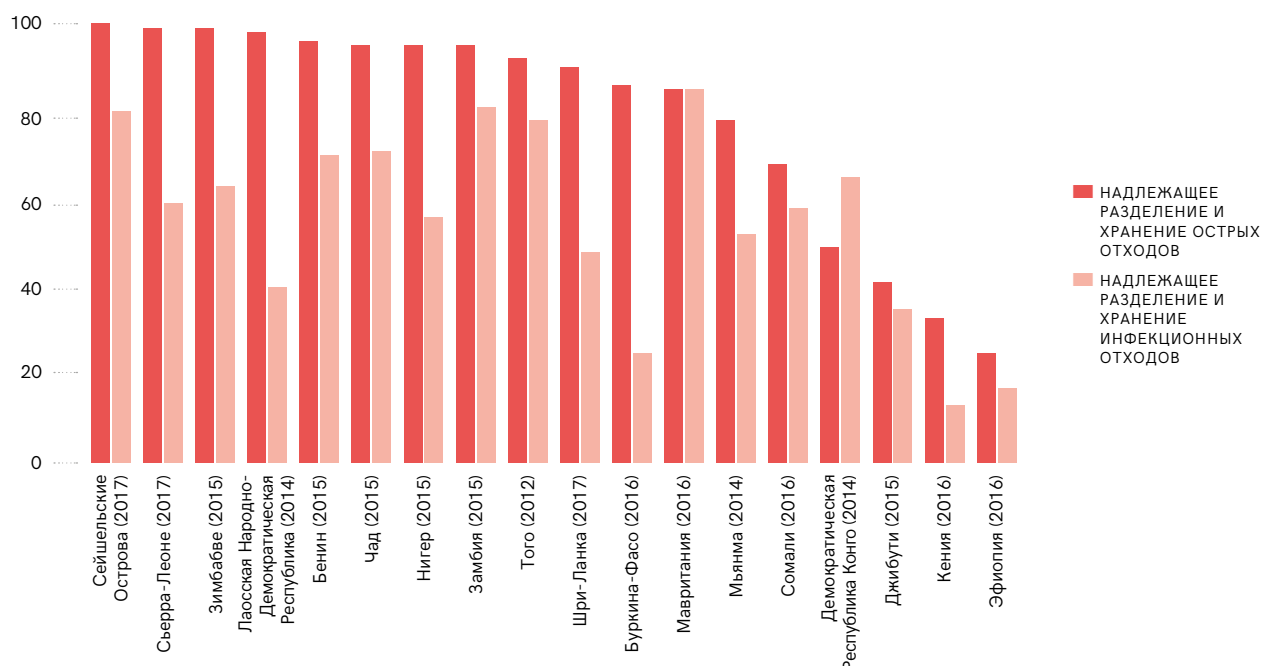


РИС. 62. Надлежащее разделение и хранение острых и инфекционных отходов в выборочных обследованиях наличия и готовности услуг (SARA), 2012–17 гг. (%)

Большинство стран докладывают о примерно одинаковых уровнях обработки острых и инфекционных отходов (рис. 63), и во многих источниках данные об обработке этих двух видов отходов по отдельности не представляются. Там, где между видами отходов имеются различия, обращение с острыми отходами организовано немного лучше, чем обращение с инфекционными отходами. Например, согласно обследованию 2017 г. с целью оценки предоставления услуг в Сенегале, за пределы территории медицинских учреждений в защищенных контейнерах было удалено почти 80% острых отходов и только 11% инфекционных отходов. Вместо этого большинство инфекционных отходов обрабатывалось на территории учреждений либо в мусоросжигательной печи, наличие которой учитывается при расчете глобального показателя базового уровня услуг, либо путем открытого сжигания, которое для расчета этого показателя не засчитывается (рис. 64). Однако в Азербайджане, по его сведениям, надлежащим образом обрабатываются все инфекционные отходы, но только 55% острых отходов.

Для обработки медицинских отходов используется широкий спектр технологий, но выбор наиболее подходящего варианта будет зависеть от местных обстоятельств, с учетом необходимости поддерживать баланс между охраной здоровья населения и окружающей среды.

Обработка острых и инфекционных отходов часто находится на одном уровне

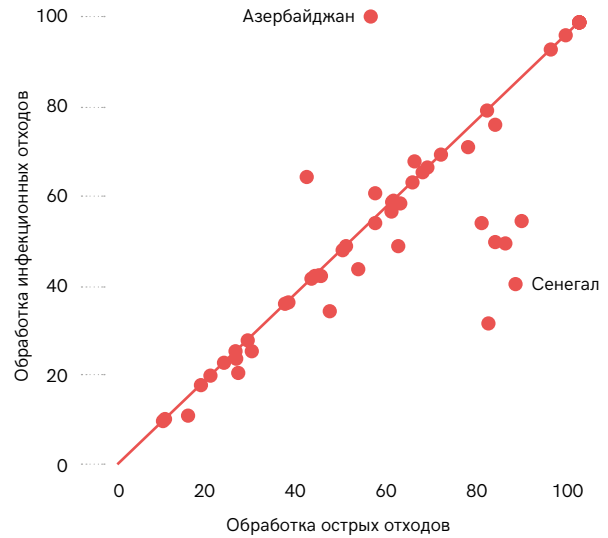


РИС. 63 Обработка инфекционных и острых отходов в медицинских учреждениях, 2016 г. (%)



Широко распространено открытое сжигание острых отходов

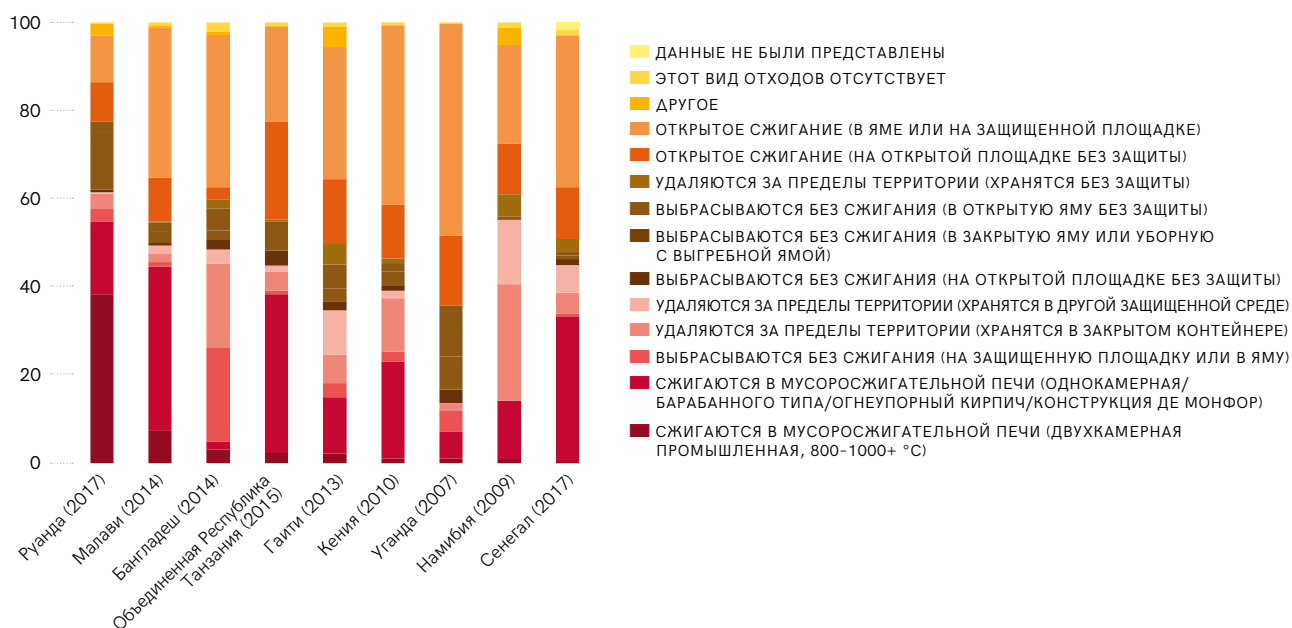


РИС. 64 Методы, используемые для обработки и удаления острых отходов, по данным некоторых исследований по оценке предоставления услуг (SPA) в 2012-17 гг. (%)

В соответствии с Базельской конвенцией,⁵³ первоочередное внимание рекомендуется уделять таким методам обработки отходов, которые сводят к минимуму образование и выброс химических веществ или опасные выбросы. Широко распространено сжигание в мусоросжигательной печи или открытое сжигание, но это может вызвать серьезное загрязнение окружающей среды, включая образование высокотоксичных соединений диоксинов и фуранов.

Стокгольмская конвенция⁵⁴ ставит задачи по недопущению образования диоксинов и фуранов либо путем прекращения использования технологий, в основе которых лежит сжигание, либо за счет обеспечения сжигания при высоких температурах: чтобы минимизировать образование токсичных соединений, температура в первой камере мусоросжигательной печи должна достигать не менее 850° C, а во второй камере – не менее 1100° C.⁵⁵ Однако в условиях низкого и среднего уровня доходов медицинские учреждения чаще всего используют более простые однокамерные мусоросжигательные печи или прибегают к открытому сжиганию (рис. 64), и в обоих случаях температуры сжигания, которые были бы достаточно высоки для предотвращения образования токсичных химических веществ, не достигаются. Когда единственной альтернативой является неконтролируемое сваливание отходов, это может стать

наилучшим из имеющихся вариантов в качестве временной меры. Там, где практикуется низкотемпературное сжигание, медицинским учреждениям следует избегать сжигания пластмасс на основе ПВХ и других хлорированных отходов, которое может приводить к образованию диоксинов и фуранов.

Для целей глобального мониторинга СПМ рассматривает использование мусоросжигательных печей, в том числе однокамерных, как базовый уровень услуг, но открытое сжигание таким не считает. Также базовым уровнем считается захоронение отходов в защищенной облицованной яме или их вывоз для обработки за пределами территории учреждения. В принципе, технологии обработки паром, такие как автоклавирование, или такие инновационные технологии, как микроволновое излучение и обработка трением, тоже позволяют полноценно обезвреживать отходы и могли бы соответствовать базовому уровню услуг, но они обычно недоступны в странах с низким и средним уровнем доходов или не учитываются в большинстве оценок учреждений. В ходе некоторых обследований (в том числе SARA и SPA) собирается информация о различных технологиях обработки (рис. 64), но во многих оценках регистрируется только сам факт сжигания отходов.

⁵³ Наиболее всеобъемлющий глобальный природоохранный договор об опасных и других отходах: Программа Организации Объединенных Наций по окружающей среде. Базельская конвенция о контроле за трансграничной перевозкой опасных отходов и их удалением. ООН, Женева, 1989 г., <www.basel.int/TheConvention/Overview>.

⁵⁴ Программа ООН по окружающей среде. Стокгольмская конвенция о стойких органических загрязнителях (СОЗ). ООН, Женева, 1989 <www.pops.int>. Это глобальный договор об охране здоровья населения и окружающей среды от особо опасных и стойких химических веществ путем ограничения и, в конечном итоге, о ликвидации их производства, использования, торговли ими, выпуска и хранения.

⁵⁵ Всемирная организация здравоохранения. Безопасное управление отходами медико-санитарной деятельности. ВОЗ, Женева, 2014. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259684/1/WHO-FWC-WSH-17.05-rus.pdf?ua=1>.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЛЯ МОНИТОРИНГА ОБРАЩЕНИЯ С ОТХОДАМИ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Государство обязано устанавливать собственные стандарты обращения с медицинскими отходами и осуществлять программы, направленные на повышение уровня услуг в соответствии с мерами по укреплению системы здравоохранения. Глобальный показатель базового уровня услуг служит хорошей отправной точкой, но не включает таких важных аспектов обращения с отходами, как надежность функционирования мусоросжигательных печей, возможности минимизации образования отходов и утилизация последов в родильных отделениях/палатах. Даже в медицинских учреждениях, в которых достигнут базовый уровень, услуги по обращению с отходами все равно могут требовать улучшения. Там, где позволяют средства, следует осуществлять мониторинг дополнительных показателей, соответствующих установленным в стране приоритетам.

Исправность мусоросжигательных печей

Безопасным методом обработки медицинских отходов считается высокотемпературное сжигание в двухкамерной

печи, так как это позволяет минимизировать образование токсичных соединений. Однако в некоторых странах мусоросжигательные печи в медицинских учреждениях неисправны или для их функционирования нет топлива (рис. 65). Например, в Малави мусоросжигательную печь имели более половины медицинских учреждений, но во время проведения обследования печь находилась в исправном состоянии в 88% этих учреждений, а топливо имелось только в 45% учреждений. В Сомали мусоросжигательная печь имелась в 15% медицинских учреждений, однако система функционировала и для нее имелось топливо только в 60% и в 66% этих учреждений, соответственно.

Минимизация отходов

Если медицинские отходы не подвергаются безопасной обработке, они могут оказывать вредное воздействие на здоровье людей и состояние окружающей среды. В некоторых странах в окружающую среду без безопасной обработки выбрасывается большое количество инфекционных и острых отходов, образующихся в медицинских учреждениях. Например, в Йемене в ходе оценки 72 больниц, проведенной в 2017 г., было установлено, что в каждой из них образовывалось в среднем около 8,2 кг острых отходов в день и из этого количества 5 кг безопасно не разделялись, а разделялись и обрабатывались безопасно только 1,3 кг (рис. 66). Аналогичным образом, каждый день в среднем образовывалось 11,8 кг инфекционных отходов, но из них безопасно разделялись и обрабатывались только 1,5 кг.

Мусоросжигательные установки не всегда находятся в рабочем состоянии и не всегда обеспечены топливом для работы

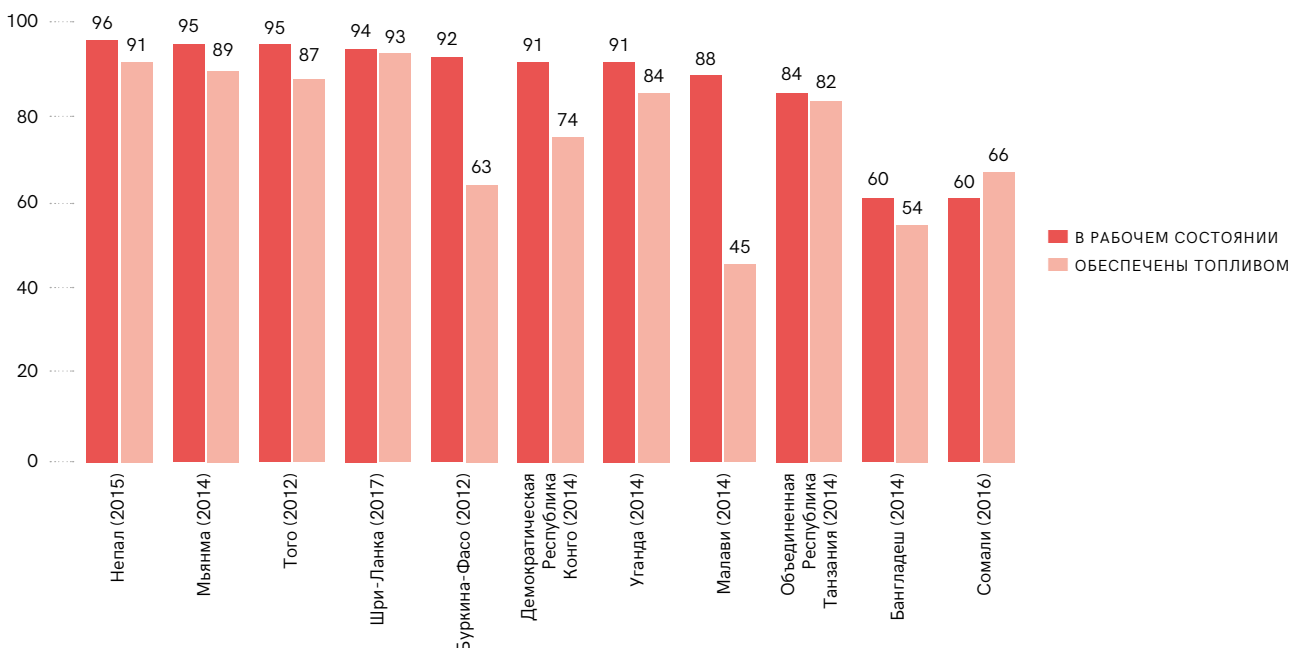


РИС. 65

Доля медицинских учреждений, в которых мусоросжигательные печи были в рабочем состоянии и обеспечены топливом для работы во время проведения обследования, по странам (%)



Обеспечить безопасную обработку и удаление опасных медицинских отходов очень важно, но не менее важно исключить из потока отходов, требующих дорогостоящей технологии обработки, такой как стерилизация или высокотемпературное сжигание, отходы безопасные. В 2014 г. была проведена оценка состава потоков инфекционных отходов в медицинских учреждениях Ирландии и было установлено, что зараженными в этих потоках были 66% отходов, 19% составляли чистые упаковочные материалы, которые были неопасны, а 15% представляли собой незараженные отходы, не создававшие потенциального риска (рис. 67). Затраты, вызванные неправильным отделением неопасных отходов и их попаданием в поток опасных медицинских отходов, оценивались в сумме 700 евро за тонну. Исходя из того, что объем образующихся отходов на одно стационарное койко-место составлял 1,9 кг в больницах и 0,2 кг в медицинских центрах, правительство подсчитало, что больницы могли бы сэкономить до 27000 евро, а медицинские центры до 6000 евро в год, если бы добились исключения неопасных отходов из потоков опасных отходов.⁵⁶

Кроме финансовых последствий ненадлежащего разделения отходов, есть и другие ограничения, связанные с ресурсами, которые нужно принять во внимание: это занимаемое пространство и организация свалок. В Южной Африке в 2013 г. медицинскими учреждениями было выработано примерно 45000 тонн медицинских отходов. Санкционированные свалки не справлялись с большими объемами поступающих медицинских отходов, и в результате появились сообщения о незаконном сваливании отходов.⁵⁷ Разделение неопасных отходов и недопущение их попадания в поток опасных отходов уменьшает объем отходов, которые требуют обработки, и в местах, где свалки для безопасного удаления переполнены, может смягчить риски для здоровья, связанные с незаконным сваливанием медицинских отходов. Применение передовых методов обращения с отходами позволяет избежать попадания как можно большего количества материалов в отходы или регенерировать и повторно использовать как можно больше материалов, чтобы уменьшить потребность в обработке и удалении отходов.

⁵⁶ Irish Environmental Protection Agency, *Reducing Waste in Irish Healthcare Facilities: Results, guidance and tips from a 3-year programme*, CIT Press, Cork, 2014, <www.epa.ie/pubs/advice/green%20business/Reducing-food-waste-in-Irish-healthcare-Facilities-foodwaste-guidance-booklet-reduced-size.pdf>.

⁵⁷ Olanjiy, FC, Ogola, JS, and Tshitangano, TG, 'A review of medical waste management in South Africa', *Open Environmental Sciences*, 2018, 10, pp 34-45, <benthamopen.com/FULLTEXT/TOENVIRJ-10-34>.

Значительная часть отходов, образующихся в больницах Йемена, не разделялась или не обрабатывалась

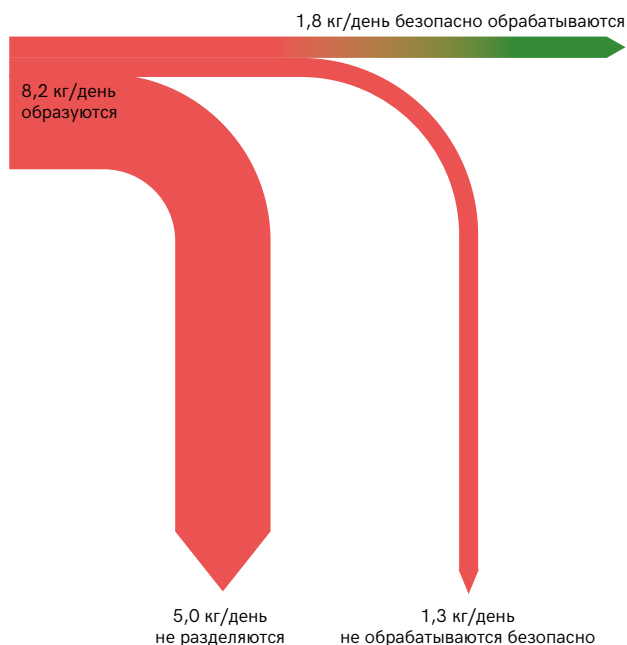
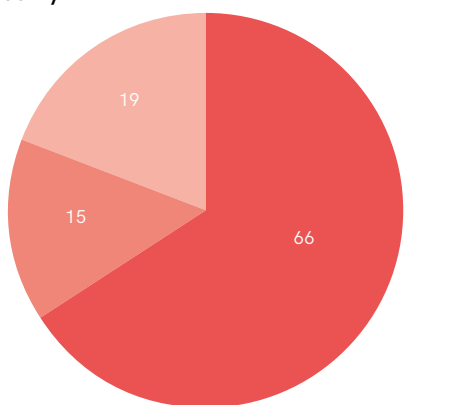


РИС. 66 Образование, разделение и обработка острых отходов в больницах Йемена (проект ВОЗ «Здравоохранение и питание в чрезвычайных ситуациях», 2017 г.) (%)

Утилизация последов

Обращение с патологическими отходами должно включать безопасную утилизацию последов в любом родовспомогательном учреждении. Последы, как и вообще все патологические отходы, не нужно обрабатывать химическими дезинфицирующими веществами, которые убивают микроорганизмы, способствующие процессу разложения. Рекомендуемыми вариантами удаления являются безопасное захоронение патологических отходов на кладбищах или безопасное сжигание в крематориях. В условиях нехватки ресурсов распространенным способом обработки является погребение последа в специальной яме, в которой происходит биоразложение твердого вещества и фильтрация жидкостей в грунт. В некоторых культурных традициях матери и их родственники могут пожелать забрать послед домой или похоронить его самостоятельно. Данные об утилизации последов имеются в немногих странах, однако интересным примером в этом отношении служит Камбоджа. Там в 2016 г. в 69% больниц и медицинских центров последы обычно обрабатывались в расположенных на территории учреждений специальных защищенных ямах, в 20% мать обычно забирала послед домой, в 6% послед зарывали в землю на территории учреждения, а в остальных 5% учреждений услуги родовспоможения не оказывались (рис. 68). Когда медицинских работников спросили, какие главные проблемы, связанные с WASH, существуют в их учреждении, 7% респондентов конкретно указали на отсутствие специальной ямы для захоронения последов.

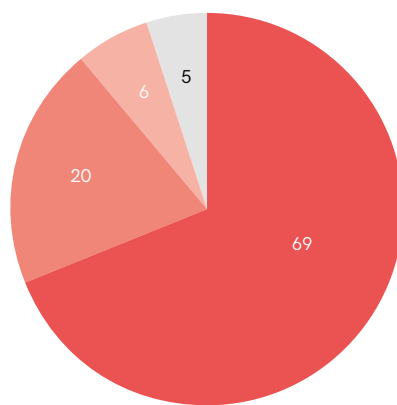
При более тщательном разделении отходов можно уменьшить объем медицинских отходов, направляемых на обработку



- ЗАРАЖЕННЫЕ ОТХОДЫ (ВЫСОКИЙ РИСК)
- НЕЗАРАЖЕННЫЕ ОТХОДЫ (НИЗКИЙ РИСК)
- ЧИСТЫЕ УПАКОВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ (РИСКА НЕТ)

РИС. 67 Доля отходов по уровню зараженности в общем потоке медицинских отходов в Ирландии (Агентство охраны окружающей среды Ирландии, 2014 г.) (%)

Часто последы помещаются в специальную яму для захоронения или забираются матерью домой



- ПОМЕЩАЮТСЯ В СПЕЦИАЛЬНУЮ ЗАЩИЩЕННУЮ ЯМУ НА ТЕРРИТОРИИ
- МАТЬ ЗАБИРАЕТ ДОМОЙ
- ЗАХОРОНЕНИЕ НА ТЕРРИТОРИИ УЧРЕЖДЕНИЯ
- УСЛУГИ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ НЕ ОКАЗЫВАЮТСЯ

РИС. 68 Способы утилизации последов в больницах и медицинских центрах Камбоджи (Национальный институт общественного здравоохранения, 2016 г., n=117) (%)

УСЛУГИ ПО ПОДДЕРЖАНИЮ ЧИСТОТЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Заметную роль в передаче инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), играет загрязнение окружающей среды. Некоторые патогенные микроорганизмы, связанные с ИСМП, могут месяцами выживать на таких поверхностях, как кровати, перила, столы и полы.⁵⁸ Одной из главных мер по профилактике и контролю инфекций (ПКИ) является полноценное поддержание чистоты окружающей среды, и имеются данные, показывающие, что это существенно снижает передачу ИСМП. Поддержание чистоты окружающей среды означает очистку и дезинфицирование (когда необходимо) поверхностей в окружающей среде (например, кроватных перил, кнопок вызова персонала, стульев) и поверхностей некритического оборудования для оказания помощи пациентам (например, штативы для внутривенных вливаний, стетоскопы).⁵⁹ Поддержание чистоты окружающей среды также включает мойку полов и ванных комнат и удаление разлитой крови или биологических жидкостей организма.

Для поддержания чистоты окружающей среды требуются такие предметы, как инструменты для уборки (например, ветошь и тряпки для вытирания, швабры, ведра) и чистящие материалы (например, моющие и дезинфицирующие средства), а также индивидуальные средства защиты для уборщиц/уборщиков. Кроме того, основным условием для поддержания чистоты окружающей среды является доступ к достаточным количествам чистой воды. Для разных видов уборки и поддержания чистоты, включая регулярно проводимую плановую уборку, окончательную уборку после выписки пациента и неплановую уборку после каких-либо событий, например, разлива крови или биологических жидкостей организма, следует использовать разные предметы и материалы.

ПОДДЕРЖАНИЕ ЧИСТОТЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

Базовый уровень услуг

Имеются базовые протоколы проведения уборки и весь персонал, отвечающий за уборку и поддержание чистоты, прошел соответствующее обучение.

Ограниченный уровень услуг

Имеются протоколы поддержания чистоты и/или как минимум некоторые сотрудники прошли обучение по проведению уборки.

Отсутствие услуг

Протоколы уборки отсутствуют и никто из персонала не обучен проведению уборки.

РИС. 69 Иерархическая лестница услуг по поддержанию чистоты окружающей среды в медицинских учреждениях

Во всех медицинских учреждениях должны быть установлены порядок и правила поддержания чистоты окружающей среды, в которых описывается требуемый вид и частота уборки для различных целей, указывается, кто отвечает за поддержание чистоты, как должна выполняться эта работа и как должен вестись ее учет. В медицинских учреждениях должны быть разработаны в письменном виде протоколы или стандартные операционные процедуры (СОПы), в которых конкретно указывается, какие инструменты и материалы должны использоваться для каждого вида работ по поддержанию чистоты, и содержатся пошаговые инструкции по выполнению этого процесса. В СОПах также должны быть описаны подготовительные действия, такие как использование индивидуальных средств защиты, и заключительные действия, такие как обращение с грязными материалами и предметами, использованными при уборке.

⁵⁸ World Health Organization, *Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level*, WHO, Geneva, 2016, <www.who.int/gpsc/ipc-components/en>.

⁵⁹ Centers for Disease Control and Prevention and Infection Control Africa Network, *Best Practices for Environmental Cleaning in Healthcare Facilities (DRAFT)*, CDC and ICAN, Atlanta, 2019.



БАЗОВЫЕ УСЛУГИ ПО ПОДДЕРЖАНИЮ ЧИСТОТЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

Инструкции и СОПы действуют только тогда, когда медицинские работники ознакомлены с ними и обучены их выполнению. В правилах и инструкциях по поддержанию чистоты должно быть ясно указано, кто за какие виды уборки отвечает, и должны быть установлены требования к базовому обучению и повышению квалификации всех работников, отвечающих за поддержание чистоты в учреждении.

В настоящем докладе вводится концепция иерархической лестницы услуг по поддержанию чистоты окружающей среды, которая определяет базовый минимум услуг для всех медицинских учреждений и позволяет на основании имеющихся в настоящий момент данных, полученных из национальных источников, классифицировать учреждения как имеющие **базовый уровень услуг, ограниченный уровень услуг** или учреждения, в которых **услуги отсутствуют** (рис. 69). **Базовый уровень услуг** включает наличие в письменном виде протоколов и проведение соответствующего обучения всего персонала, отвечающего за поддержание чистоты. Учреждения, в которых либо нет протоколов, либо было проведено обучение по поддержанию чистоты окружающей среды некоторых, но не всех работников, классифицируются как имеющие **ограниченный уровень услуг**, а учреждения, в которых нет протоколов и не было проведено обучения, считаются учреждениями, где **услуги отсутствуют**.

Во всем мире национальные оценки **базового уровня** поддержания чистоты окружающей среды в медицинских учреждениях имелись только в четырех странах (рис.

70). Еще в трех странах имелись данные либо о наличии протоколов поддержания чистоты, либо об организации обучения медицинских работников (рис. 71). Среди стран, имевших информацию об обоих аспектах, наличие протоколов отмечалось чаще, чем факт проведения обучения, на Мальдивах и в Тунисе, тогда как в Черногории проведение обучения было распространено больше, чем наличие протоколов.

Оценки базового уровня услуг по поддержанию чистоты окружающей среды в 2016 г. имелись в четырех странах

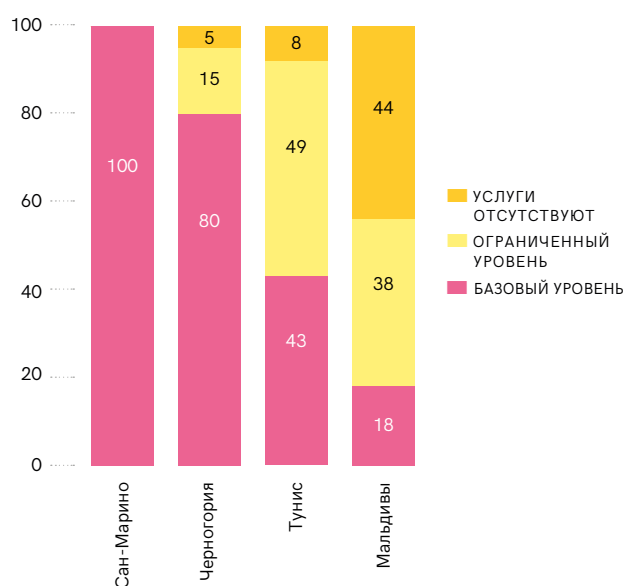


РИС. 70. Базовые услуги по поддержанию чистоты окружающей среды в медицинских учреждениях, 2016 г. (%)

В странах, в которых имелись данные, не во всех медицинских учреждениях в 2016 г. были протоколы поддержания чистоты окружающей среды и не весь персонал прошел соответствующее обучение

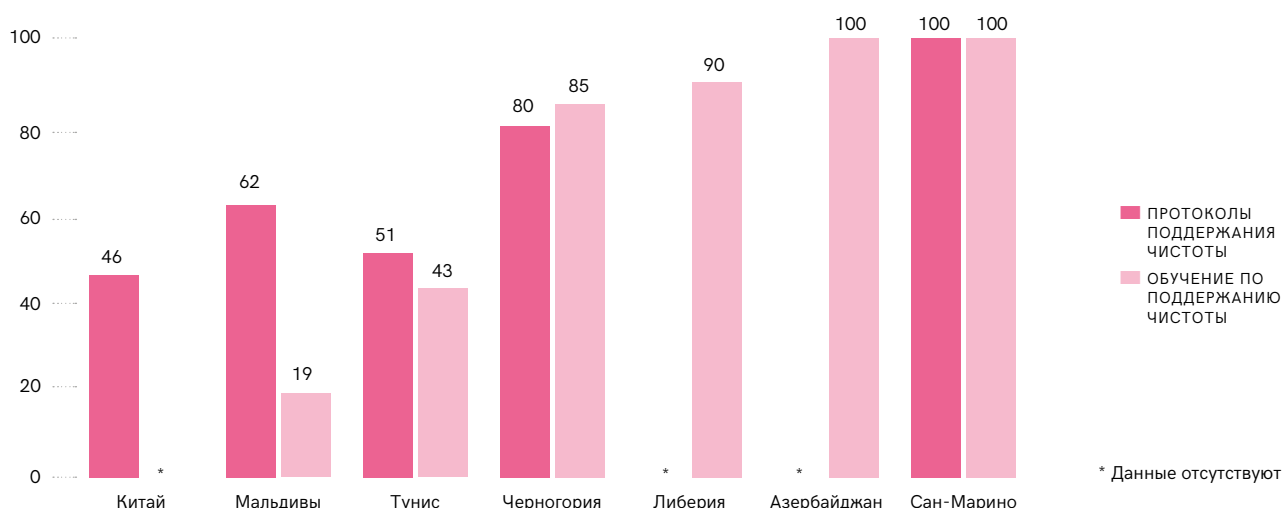


РИС. 71. Протоколы и обучение по поддержанию чистоты окружающей среды в медицинских учреждениях, 2016 г. (%)

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЛЯ МОНИТОРИНГА ПОДДЕРЖАНИЯ ЧИСТОТЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Государства должны сами устанавливать для себя стандарты поддержания чистоты окружающей среды в медицинских учреждениях и принимать программы улучшения таких услуг в соответствии с общей линией на укрепление систем здравоохранения. Глобальный показатель базового уровня услуг по поддержанию чистоты окружающей среды

в медицинских учреждениях служит полезной отправной точкой, но не включает таких важных аспектов, как непосредственно наблюдаемая чистота, периодичность проведения уборки, наличие материалов для поддержания чистоты и использование индивидуальных средств защиты. В некоторых медицинских учреждениях базовый уровень услуг уже мог быть достигнут, но услуги по поддержанию чистоты все еще нуждаются в улучшении. В зависимости от своих приоритетов и имеющихся ресурсов страны могли бы рассмотреть вопрос о принятии дополнительных показателей, соответствующих более высоким уровням услуг. Приведенные ниже примеры являются иллюстрацией проводимого в странах мониторинга услуг сверх базового уровня поддержания чистоты окружающей среды в медицинских учреждениях, но всеобъемлющим описанием ситуации они не являются.



Непосредственно наблюдаемая чистота

Хотя мониторинг элементов базового уровня услуг по поддержанию чистоты окружающей среды (наличие протоколов и степень обученности персонала) обычно позволяет более объективно сравнивать положение дел и требует меньше ресурсов, чем непосредственное наблюдение чистоты в учреждении, данные непосредственного наблюдения чистоты в медицинских учреждениях могут дать ценную дополнительную информацию. Обследования в Малави, Сенегале и Бангладеш выявили примеры систем мониторинга, при которых бригады по проведению обследования проводят внезапные выборочные проверки в учреждениях и фиксируют, чисто ли были вытерты кухонные и обеденные столы и стулья и были ли подметены полы (рис. 72). В Тунисе общий балл за чистоту, выставленный учреждениям здравоохранения, составил 54% по пяти непосредственно наблюдаемым критериям:⁶⁰

- на видном месте вывешены графики уборки;
- графики уборки соблюдаются;
- полы, стены и потолки чистые;
- нет неприятных запахов или запаха табачного дыма;
- на мебели нет пыли и грязи.

Медицинские учреждения не всегда бывают чистыми

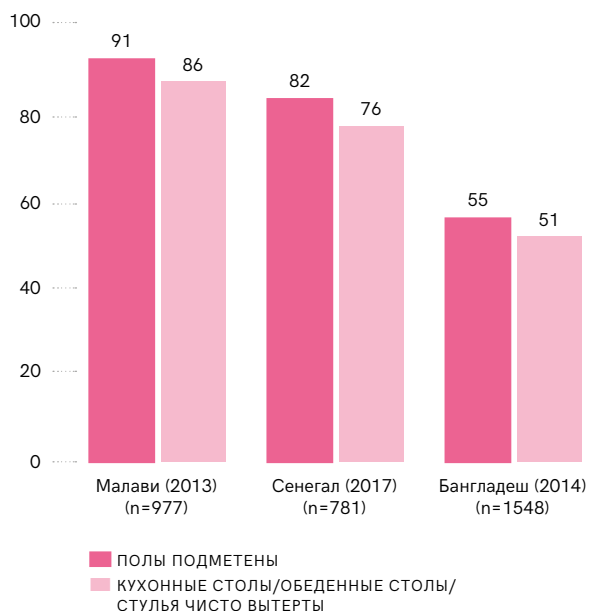


РИС. 72 Непосредственно наблюдаемая чистота в медицинских учреждениях в Малави, Сенегале и Бангладеш (%)

Периодичность проведения уборки

Согласно глобальным рекомендациям, все горизонтальные поверхности в медицинских учреждениях должны очищаться не реже одного раза в день и всякий раз, когда они становятся грязными.⁶¹ Рекомендуется вытирать их влажной тряпкой с горячей водой и моющим средством. Данные о периодичности и способах уборки в медицинских учреждениях имеются в немногих странах, но можно утверждать, что в некоторых учреждениях плановая уборка производится намного реже, чем раз в день, и еще меньше таких учреждений, где уборка производится каждый день с горячей водой и моющим средством. Например, в 2016 г. в Бутане только в 68% больниц поверхности вытирались тряпкой с хлоркой или моющим средством,⁶² тогда как в Камбодже уборка производилась не реже одного раза в день в 79% медицинских учреждений, а ежедневно моющее средство применялось в 53% учреждений (рис. 73).

Наличие материалов для поддержания чистоты

Для проведения плановых уборок требуется постоянный запас чистящих материалов, включая моющие и дезинфицирующие

В 2016 г. в Камбодже ежедневная уборка с использованием моющего средства производилась в половине медицинских учреждений

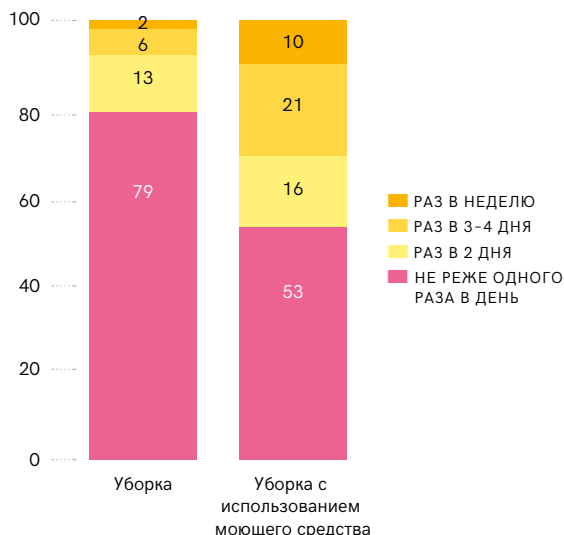


РИС. 73 Периодичность уборки и использование моющего средства в медицинских учреждениях в Камбодже (Национальный институт общественного здравоохранения, 2016 г., n=116) (%)

⁶⁰ Ministre de Santé, *Evaluation de l'état de l'hygiène des centres de santé de base et des unités de soins hospitaliers*, République Tunisienne, Tunis, 2017, <winhcf.org>.

⁶¹ Всемирная организация здравоохранения. Основные стандарты гигиены окружающей среды в медицинских учреждениях. ВОЗ, Женева, 2008 г. https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/ehs_hc/ru/.

⁶² Bhutan Ministry of Health, *Understanding Water, Sanitation & Hygiene in Health Care Facilities: Status in hospitals of Bhutan*, Public Health Engineering Division, city, 2016, <www.washinhcf.org/documents/WASH-IN-HCF-Report-2016.pdf>.

средства, но часто дезинфицирующих средств в наличии нет. Из 21 страны, по которым имелись данные, в семи странах в кабинетах приема амбулаторных больных дезинфицирующее средство на момент проведения обследования имелось менее чем в 75% медицинских учреждений (рис. 74). В Сомали в 2016 г. дезинфицирующее средство в кабинетах приема амбулаторных больных имелось менее чем в 40% учреждений.

чистоты. В некоторых медицинских учреждениях существуют большие различия между разными отделениями. Так, в Малави в 2013 г. дезинфицирующее средство имелось в наличии в 87% родильных отделений и только в 47% отделений вакцинации детей (рис. 75). Аналогичная картина наблюдалась в 2014 г. в медицинских учреждениях в Танзании. С другой стороны, в Сенегале в 2017 г. наличие дезинфицирующего средства в разных местах оказания помощи было одинаковым.

Чистящие материалы в разных местах оказания медицинской помощи

В каждом месте оказания медицинской помощи должны быть отдельные материалы и оборудование для поддержания

В семи из 21 страны, по которым имелись данные, дезинфицирующее средство в кабинетах приема амбулаторных больных было в наличии менее чем в 75% медицинских учреждений

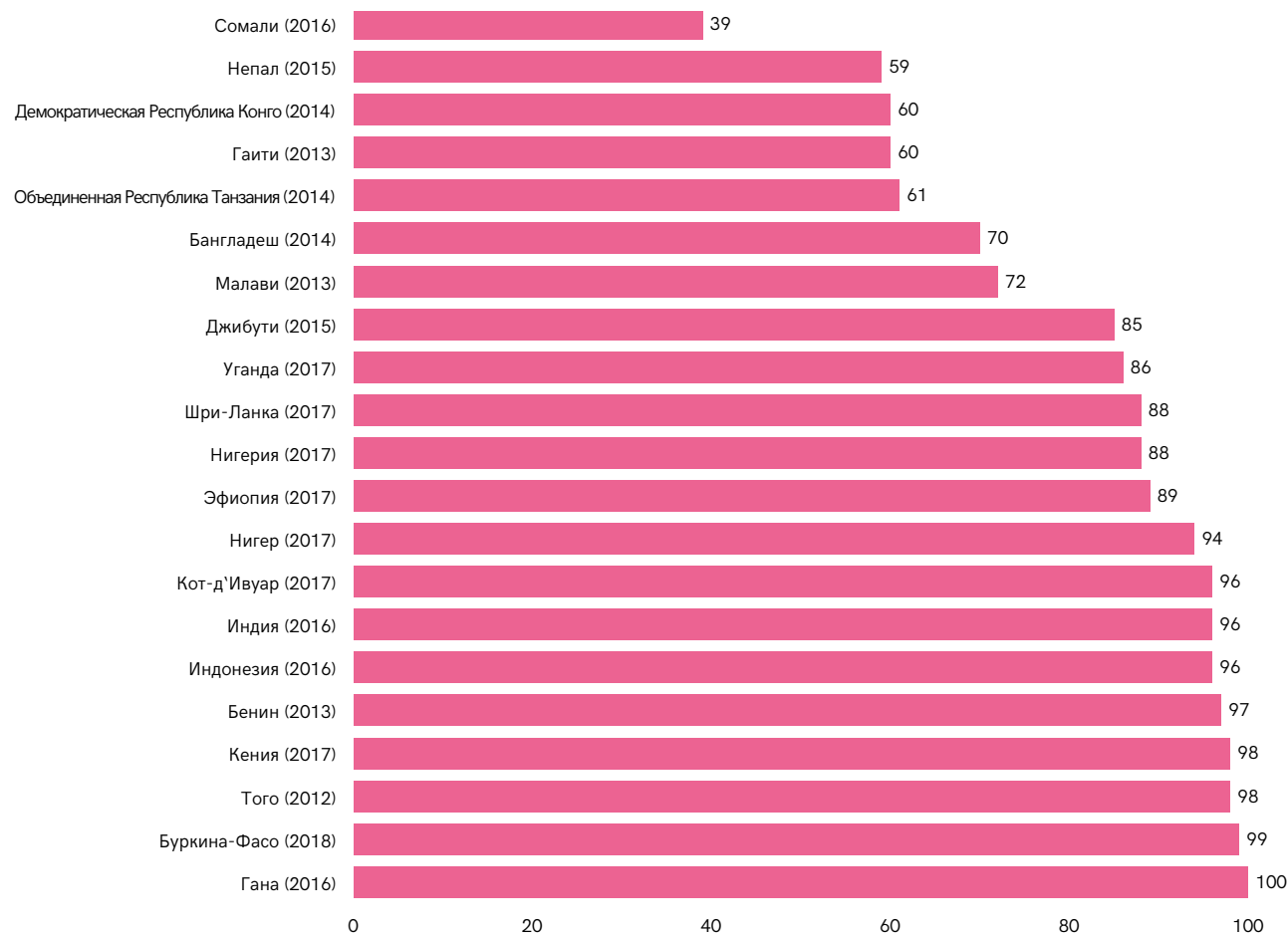


РИС. 74 Доля медицинских учреждений в 21 стране, в которых в кабинетах приема амбулаторных больных имеется дезинфицирующее средство для поддержания чистоты окружающей среды, 2012-17 (%)



Места оказания помощи могут различаться по наличию дезинфицирующего средства

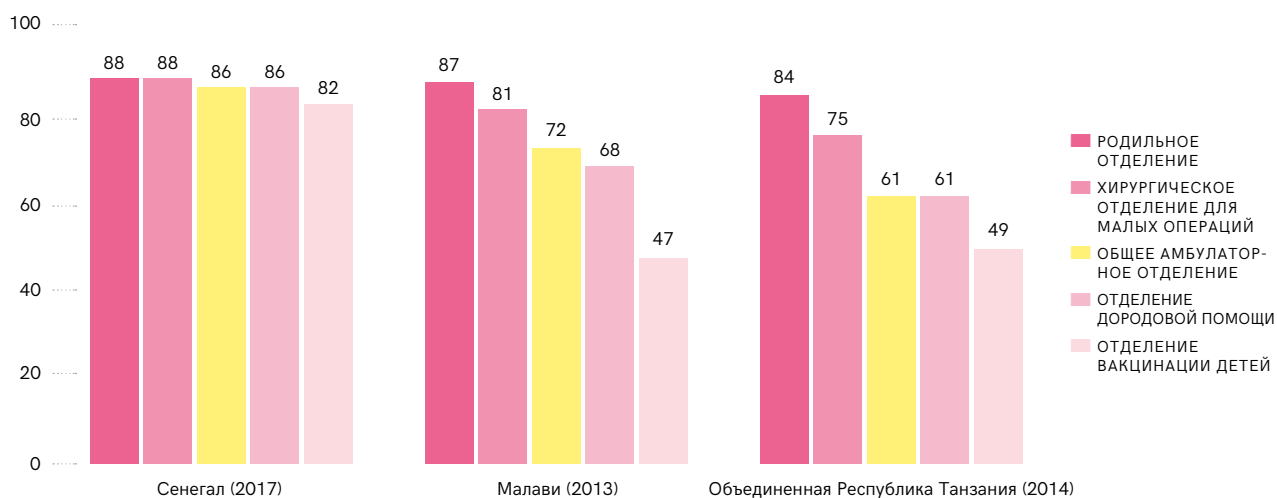


РИС. 75 Доля медицинских учреждений, в которых в различных местах оказания помощи имелось дезинфицирующее средство, в Сенегале, Малави и Объединенной Республике Танзания (%)

НЕРАВЕНСТВА

Неравенства в доступе к медико-санитарной помощи широко распространены как между странами, так и внутри стран. Малообеспеченные и маргинализованные группы населения часто не имеют доступа к помощи и входят в число наиболее уязвимых с точки зрения болезней и предотвратимой смерти. По-прежнему сохраняются большие различия между богатыми и бедными слоями населения в доступе к медико-санитарным услугам, особенно к услугам, которые необходимы для снижения материнской и детской смертности и заболеваемости. Неравенства в доступе к медико-санитарной помощи наиболее резко выражены в странах с низким и средним уровнем доходов, но и в условиях высокого уровня доходов несправедливость тоже распространена.⁶³

Однако право на здоровье является одним из основных прав человека, которым обладают все люди и которое подтверждено в многочисленных конвенциях о правах человека, а также в Уставе

ВОЗ 1946 г.⁶⁴ В 2008 г. Комиссия по социальным детерминантам здоровья призвала к усилению мониторинга справедливости в отношении здоровья и к снижению несправедливых различий в показателях здоровья.⁶⁵ С тех пор количественной оценке неравенств в отношении здоровья уделяется повышенное внимание,⁶⁶ а одной из главных детерминант неравенства в отношении итоговых показателей здоровья являются различия между группами населения в доступе к первичной, вторичной и третичной медико-санитарной помощи. К числу препятствий, мешающих справедливому доступу к помощи, относятся платежи из собственного кармана и расстояние до медицинских учреждений, но в их число также входят наличие и качество услуг в различных типах учреждений.

В предыдущих главах данного доклада говорилось об услугах WASH на уровне отдельных стран, регионов и на глобальном уровне. Агрегированные статистические данные такого рода

⁶³ Всемирная организация здравоохранения, Организация экономического сотрудничества и развития и Всемирный банк. Предоставление качественных услуг здравоохранения: обязательное условие всеобщего охвата услугами здравоохранения на мировом уровне. ВОЗ, ОЭСР и Всемирный банк, Женева, 2018 г. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312003>.

⁶⁴ Устав Всемирной организации здравоохранения. ВОЗ, Женева, 1946 г. <www.who.int/about/who-we-are/constitution>.

⁶⁵ Комиссия по социальным детерминантам здоровья. Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения. Сохранение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья. ВОЗ, Женева, 2008 г. https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finareport/ru/.

⁶⁶ См., например: World Health Organization, *Monitoring Health Inequality: An essential step for achieving health equity*, WHO, Geneva, 2015, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/133849/WHO_FWC_GER_2014.1_eng.pdf>.



нужны для отслеживания прогресса во всем мире и для сравнения ситуации в разных странах, но они скрывают неравенства в доступе внутри стран. Исследовать такие неравенства можно путем разбиения услуг WASH на различные аспекты неравенства (или «стратификаторы») и выявления различий в услугах. При обследовании с целью оценки отдельно взятых учреждений можно собрать много видов информации, которую можно использовать для дезагрегирования показателей различных услуг. Однако эти стратификаторы не всегда одинаковы в разных обследованиях даже в одной и той же стране. В данном докладе главное внимание уделяется трем стратификаторам высокого уровня, которые включаются во многие оценки:

- **Тип медицинского учреждения.** Медицинские учреждения могут быть самых разных типов – от современных базовых больниц при медицинских учебных заведениях, где работают тысячи сотрудников, выполняющих сложнейшие процедуры, до сельских амбулаторных медпунктов с одним или двумя медработниками, имеющими минимальный уровень профессиональной подготовки и ресурсов. В разных типах учреждений предоставляются разные виды медицинских услуг, и в зависимости от типа учреждения может существенно различаться охват услугами WASH и другими базовыми услугами. В национальных системах оценки и мониторинга не используется единообразная классификация типов учреждений, но во многих системах отмечается, являются ли подвергаемые оценке учреждения больницами или нет. Соответственно, СПМ подготовила оценки отдельно для больниц и для других типов учреждений, которые классифицируются как «не больницы».
- **Управляющий орган.** В большинстве стран медико-санитарные услуги предоставляются как в государственных

медицинских учреждениях (например, в государственных больницах, медпунктах и поликлиниках), так и в негосударственных, в число которых могут входить учреждения, находящиеся в ведении коммерческих частных корпораций, некоммерческие поставщики (в том числе религиозные организации) и индивидуальные поставщики медико-санитарной помощи. В одних случаях в процессе оценки собирается информация только о государственных учреждениях, в других производится оценка различных типов негосударственных учреждений. Относительно немногие страны имеют единую общенациональную базу данных, которая включает управляющие органы всех медицинских учреждений.

- **Географическое положение.** Медицинские учреждения распределены по территории стран неравномерно, и в учреждениях, расположенных в отдаленных районах, могут с большей вероятностью отсутствовать базовые услуги. В большинстве оценок фиксируется местонахождение медицинских учреждений с указанием области, района или иной административной единицы. Данные по административно-территориальным единицам в стране важны для планирования на уровне страны, но их нельзя легко агрегировать до масштабов региона и всего мира. В некоторых оценках указывается, расположены ли медицинские учреждения в городе или в сельской местности, и это уже более полезное различие для анализа на региональном или глобальном уровне.

В целом стран, имеющих дезагрегированные данные об услугах WASH, меньше, чем стран, в которых имеются общенациональные данные обо всех различных элементах услуг (рис. 76). Например, данные о базовом уровне услуг водоснабжения в стране в целом

Во многих странах нет дезагрегированных данных о базовых услугах WASH

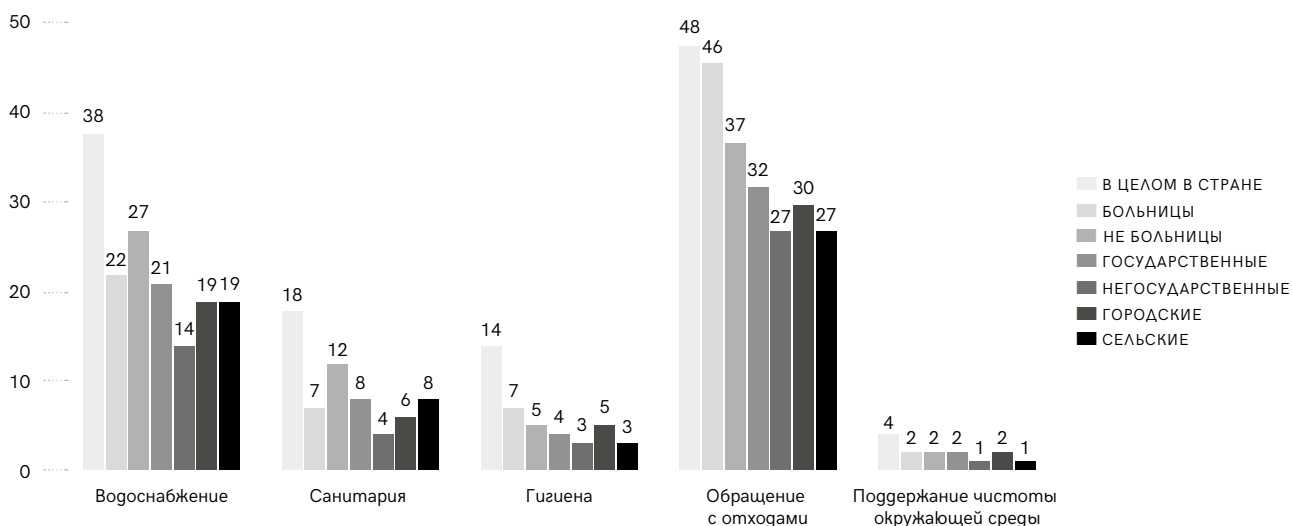


РИС. 76 Число стран, имеющих данные в целом по стране и дезагрегированные данные о базовых услугах WASH, 2016 г.

имеют 38 стран, но всего половина стран (19) имеют отдельные данные по городам и по сельской местности.

У стран чаще бывают дезагрегированные данные об отдельных элементах показателей базового уровня услуг, чем о самих показателях базовых услуг, но все равно есть лишь несколько отдельных элементов, по которым имеется достаточно дезагрегированных данных для того, чтобы можно было рассчитать глобальные оценки (таблица 7). Кроме того, анализ неравенств в региональных и глобальных масштабах осложняется неравномерным распределением данных, так как статистика в странах, представляющих данные для расчета глобальных оценок, может быть разной. Таблица 7 показывает, что во всем мире приспособления для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи имеют 90% больниц и 54% не-больниц. Оба эти статистических показателя построены на данных, охватывающих 35–38% населения земного шара. Однако на данные, касающиеся больниц, большое влияние оказывает статистика Индии, в которой не было сравнимых данных о не-больницах, в то время как расчетная оценка для не-больниц отражает влияние данных из Китая, в котором не было сравнимых данных о больницах. Поэтому сравнивать агрегированные статистические данные следует осторожно.

Более строгий анализ можно выполнить путем сравнения парных оценок для стран, в которых имеются данные по обоим

ГЛОБАЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ	ПОЛОЖЕНИЕ ДЕЛ ЛУЧШЕ	ПОЛОЖЕНИЕ ДЕЛ ХУЖЕ
Услуги водоснабжения отсутствуют	Больницы: 4%	Не-больницы: 11%
Услуги водоснабжения отсутствуют	Негосударственные: 6%*	Государственные: 12%
Услуги водоснабжения отсутствуют	В городах: 5%	В сельской местности: 15%
Услуги санитарии отсутствуют	Больницы: 9%	Не-больницы: 20%
Услуги санитарии отсутствуют	Государственные: 16%	Негосударственные: 36%
Приспособления для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи	Больницы: 90%	Не-больницы: 54%
Разделение отходов	Больницы: 75%	Не-больницы: 60%

* Данные за 2015 г. Для расчета глобальной оценки за 2016 г. данных недостаточно.

ТАБЛИЦА 7 Дезагрегированные глобальные оценки элементов услуг WASH, 2016 г.

Услуги водоснабжения и санитарии чаще отсутствуют в сельской местности, в не-больницах и в государственных медицинских учреждениях

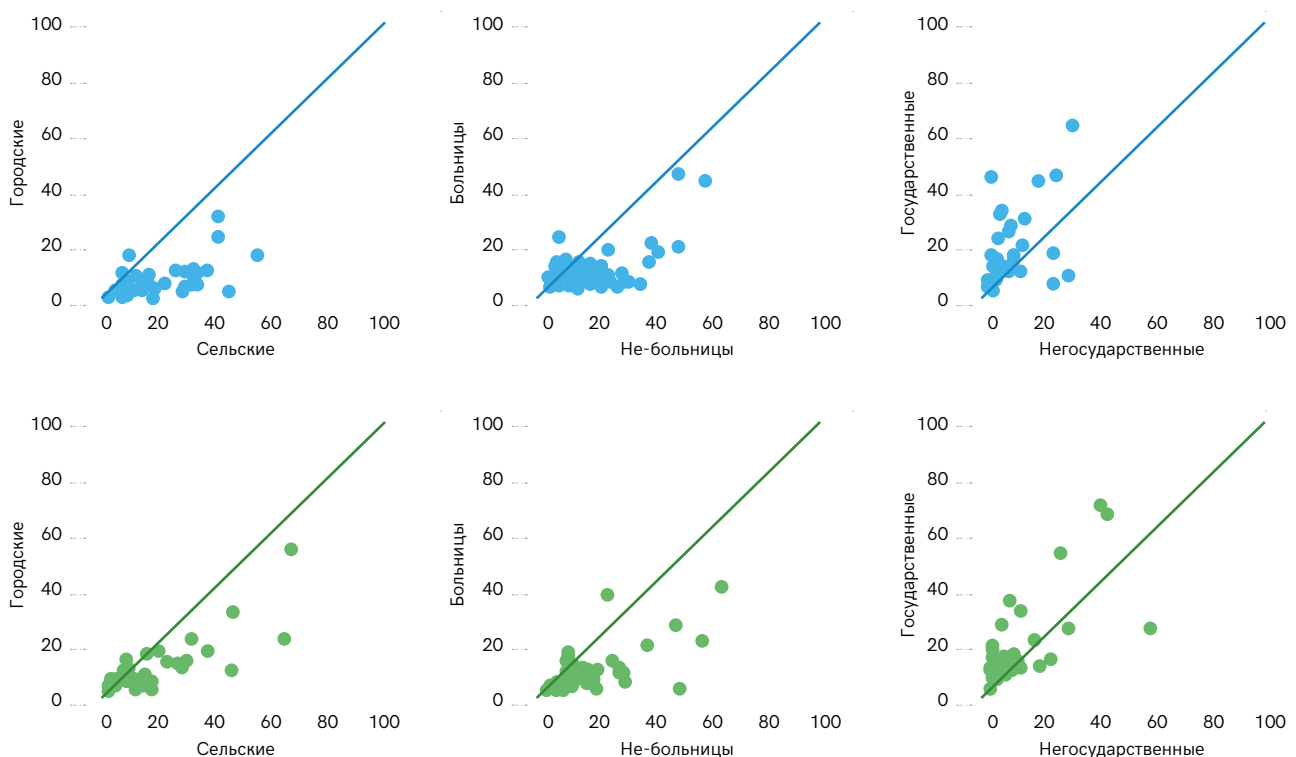


РИС. 77 Доля медицинских учреждений, в которых в 2016 г. отсутствовали услуги водоснабжения или санитарии, с разбивкой по стратификаторам неравенства (%)



типам учреждений. На рис. 77 иллюстрируется вывод о том, что в большинстве стран, имеющих данные, медицинские учреждения, в которых отсутствуют услуги водоснабжения и санитарии, чаще встречаются в сельской местности, и что в больницах услуги отсутствуют реже, чем в не-больницах. В государственных учреждениях услуги водоснабжения или санитарии отсутствуют немного чаще, чем в негосударственных, но по этому стратификатору между странами наблюдаются более значительные различия. Отчасти это может объясняться различиями в негосударственных учреждениях, к которым могут относиться как небольшие общинные медпункты, так и крупные частные больницы.

Данные о месте нахождения и типе источника водоснабжения и о наличии воды из него часто поступают из разных источников,

но СПМ для расчета оценок использует все имеющиеся в стране данные (см. Приложение 1. Методы, применяемые в СПМ). В некоторых случаях всю информацию, которая нужна для расчета охвата базовыми услугами, удается получить из одного источника данных (рис. 78). В результате обследования ECPSS-2017 было установлено, что хотя почти во всех медицинских учреждениях в Сенегале (>98%) имелась та или иная система водоснабжения, а уровень использования улучшенных источников во всех местах и типах учреждений был высок (>85%), охват базовыми услугами водоснабжения в сельской местности был существенно ниже, чем в городах. Также более низкий охват базовыми услугами наблюдался в не-больницах и в государственных учреждениях, потому что даже когда у них были улучшенные системы водоснабжения, вода в них на момент проведения оценки была не всегда.

Наличие базовых услуг водоснабжения в медицинских учреждениях может широко различаться в зависимости от типа и местонахождения

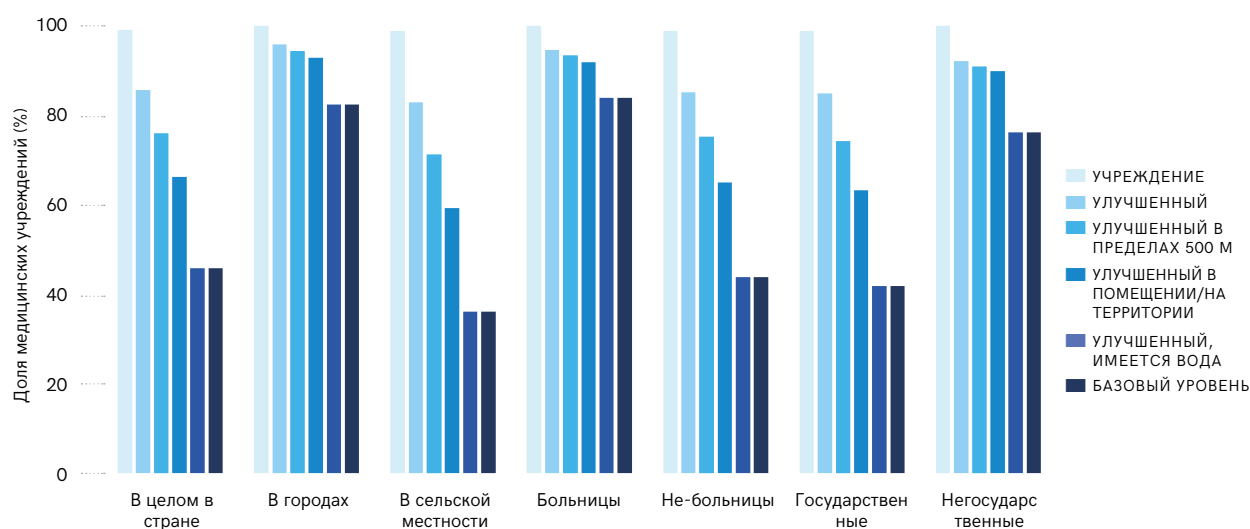


РИС. 78 Услуги водоснабжения в Сенегале, «Непрерывное обследование предоставления услуг медико-санитарной помощи» (ECPSS), 2017 г. (%)

Тип учреждения

Какой-либо универсальной системы классификации, описывающей разные типы учреждений, которые образуют национальную систему здравоохранения, нет. Существует общая типология услуг, включающая первичную, вторичную и третичную помощь, в соответствии с которой обычно, хотя и не всегда, услуги вторичной и третичной медико-санитарной помощи предоставляются в больницах по направлениям медицинского работника первичного звена.

Больницы представляют собой крупные медицинские учреждения, предоставляющие различные стационарные и амбулаторные виды помощи. В странах приняты разные определения того, что представляет собой больница, и обычно существует целый ряд типов больниц, выполняющих разнообразные функции (таблица 8). Одной из основных характеристик, по которым различаются разные типы больниц, является число коек для предоставления стационарных услуг.

Первичная медико-санитарная помощь может быть предоставлена в больницах, но во многих случаях первая точка соприкосновения пациентов с системой здравоохранения находится в меньшем по размеру медицинском учреждении. Помимо больниц, имеется широкий спектр других учреждений, в которых может быть оказана первичная помощь, но единообразного набора терминов для описания этих разных учреждений нет. Такие небольшие медицинские учреждения можно встретить в сельских, пригородных и городских населенных пунктах, и часто они оказывают амбулаторную, а не стационарную помощь. Ниже перечислены некоторые наиболее часто используемые термины, которые обозначают учреждения, не являющиеся больницами:

- Медицинский центр (центр здоровья), центр первичной медицинской помощи, участковый (местный, общинный) медицинский центр.
- Клиника, поликлиника.

- Медпункт.
- Здравпункт.
- Амбулатория.
- Бесплатная амбулатория.
- Специализированная клиника (например, стоматологическая, психиатрическая).
- Врачебный кабинет.
- Мобильный здравпункт (например, для проведения вакцинации).

Когда позволяет наличие данных, СПМ для целей сводного анализа группирует все медицинские учреждения, которые нельзя классифицировать как больницы, в категорию «не-больниц», исключая из этой категории очень маленькие учреждения (например, бесплатные амбулатории, врачебные кабинеты, мобильные здравпункты) и специализированные клиники. Поскольку в странах всегда имеется намного больше не-больниц, чем больниц, на статистику страны по всем медицинским учреждениям сильно влияют условия в не-больницах.

Многие страны имеют данные по различным услугам WASH с разбивкой на больницы и не-больницы. Обычно уровень услуг выше в больницах, и в некоторых случаях отмечаются большие различия (рис. 79). Например, в Демократической Республике Конго по наличию приспособлений для соблюдения требований гигиены в местах оказания помощи и по базовым услугам по обращению с отходами больницы были на 20 процентных пунктов впереди не-больниц и более чем на 40 процентных пунктов впереди по показателю улучшенных источников воды в помещении/на прилегающей территории и по показателю улучшенных санитарно-технических сооружений. В Буркина-Фасо базовыми услугами по обращению с отходами были обеспечены 86% больниц, но всего 32% других медицинских учреждений. В Бангладеш и Зимбабве различия между больницами и не-больницами были намного меньше. В небольшом числе случаев (например, в Либерии и Гане) охват некоторыми услугами WASH в не-больницах был выше, чем в больницах.

ТИП УЧРЕЖДЕНИЯ	ОПИСАНИЕ	РОДСТВЕННЫЕ ТЕРМИНЫ
Больница третичного уровня	Высокоспециализированные сотрудники и техническое оснащение: например, оборудование для кардиологии, интенсивной терапии и специальные системы визуализации; высокий уровень дифференциации клинических услуг по функциям; может проводиться учебный процесс; размеры варьируют от 300 до 1500 коек.	<ul style="list-style-type: none"> • Национальная больница • Центральная больница • Академическая больница, клиника при медицинском учебном заведении или университетская клиника
Больница вторичного уровня	Высокий уровень дифференциации по функциям, от пяти до десяти клинических специальностей; размеры варьируют от 200 до 800 коек.	<ul style="list-style-type: none"> • Региональная больница • Областная больница • Больница общего профиля
Больница первичного уровня	Специальностей немного – главным образом лечение заболеваний внутренних органов, акушерство и гинекология, педиатрия и общая хирургия или просто общая практика; имеются ограниченные лабораторные службы для общего, но не специализированного анализа патологий.	<ul style="list-style-type: none"> • Районная больница • Сельская больница • Местная больница • Больница общего профиля

ТАБЛИЦА 8 Описания различных типов больниц и термины для их обозначения⁶⁷

⁶⁷ Jamison, DT et al., eds., *Disease Control Priorities in Developing Countries*, second edition, Chapter 66 'Referral hospitals', The International Bank for Reconstruction and Development and World Bank, Washington D.C., and Oxford University Press, New York, 2006, <www.who.int/management/referralhospitals.pdf>.

Деагрегированные данные показывают неравенства между больницами и не-больницами

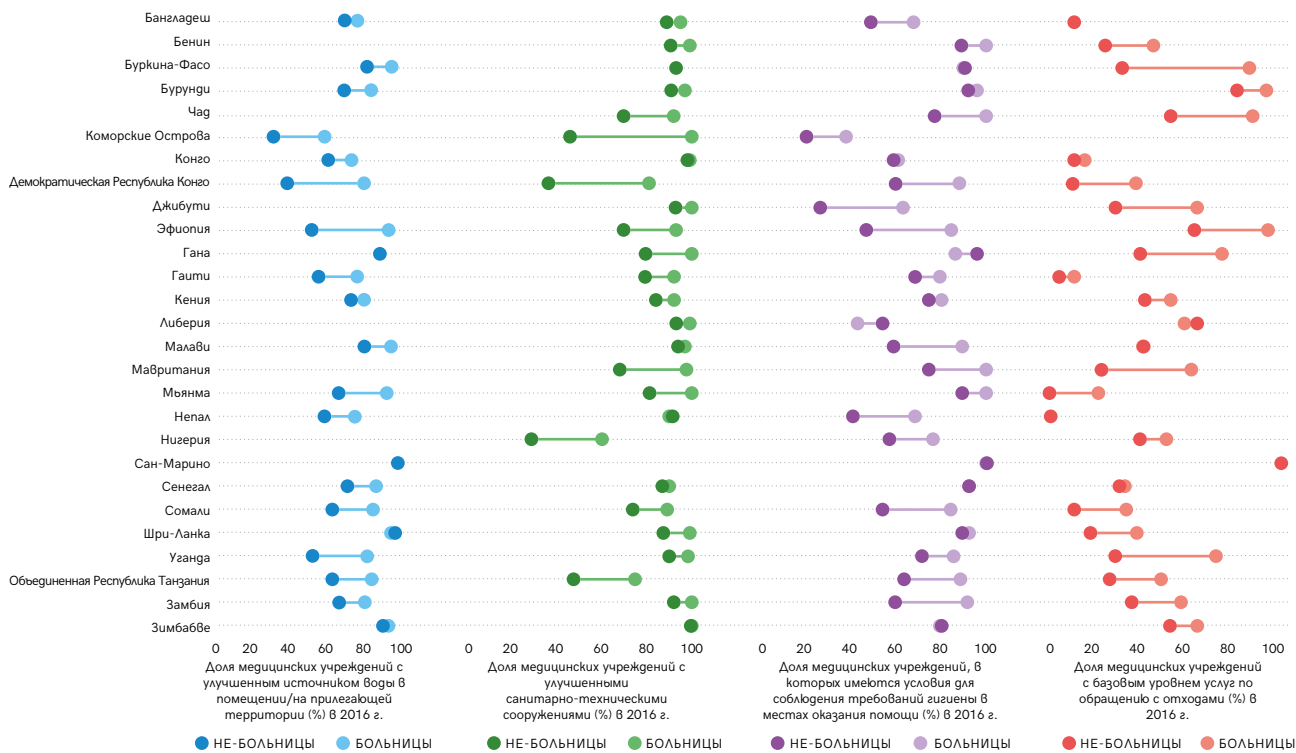


Рис. 79. Доля медицинских учреждений с улучшенным источником воды в помещении/на прилегающей территории, приспособлениями для гигиены рук в местах оказания помощи и базовым уровнем услуг по обращению с отходами

Эти неравенства могут оказывать негативное влияние на способность медицинских работников в небольших учреждениях предоставлять качественную медицинскую помощь. Например, в Центральноафриканской Республике работникам 62% медицинских учреждений и 86% здравпунктов приходилось носить воду из источников, расположенных за пределами прилегающей территории; среди больниц таких учреждений было 26% (рис. 80). Из этих учреждений в 10% больниц, 9% других медицинских учреждений и 13% здравпунктов путь в один конец для доставки воды, по сообщениям работников, занимал более 30 минут. Большие неравенства отмечались также в Камбодже, где уборка с моющим средством как минимум один раз в день производилась в 80% больниц и только в 48% других медицинских учреждений (рис. 81). Ни одна больница не сообщала о том, что уборка производилась реже, чем раз в два дня, тогда как в 12% других медицинских учреждений уборка с использованием моющего средства производилась только один раз в неделю.

Внутри общих классов больниц и не-больниц также могут быть значительные различия в инфраструктуре и услугах WASH (рис. 83). В Непале процент подведения к канализационной системе или наличия септиктенков в разных типах больниц составлял от 67% до 100%, а охват водопроводными системами не-больниц колебался от 43% самых маленьких здравпунктов до 71% пунктов тестирования на ВИЧ и консультирования по поводу ВИЧ-инфекции.

Работники не-больниц в Центральноафриканской Республике тратят на доставку воды больше времени

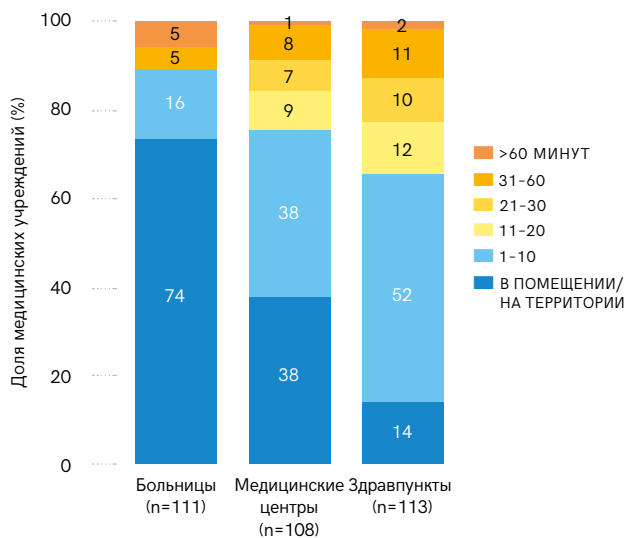
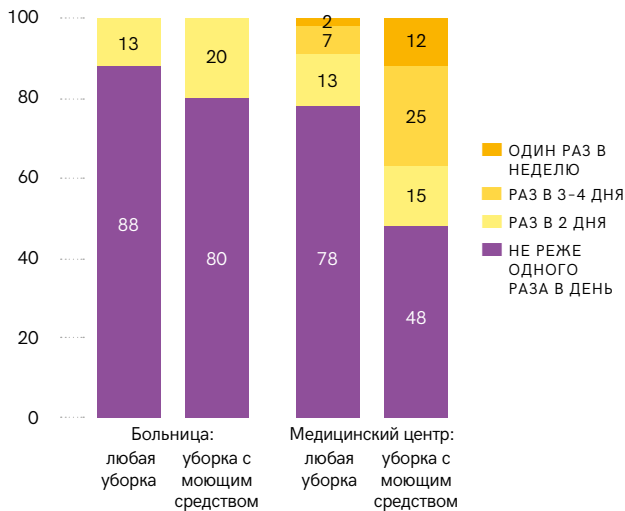


Рис. 80. Путь в один конец до источника воды (в минутах) в Центральноафриканской Республике («Обследование исходного состояния медицинских учреждений», 2016 г.) (%)

В Камбодже в больницах уборка производится чаще, чем в других медицинских учреждениях



Периодичность уборки в медицинских центрах и больницах в Камбодже (Национальный институт общественного здравоохранения, 2016 г.)

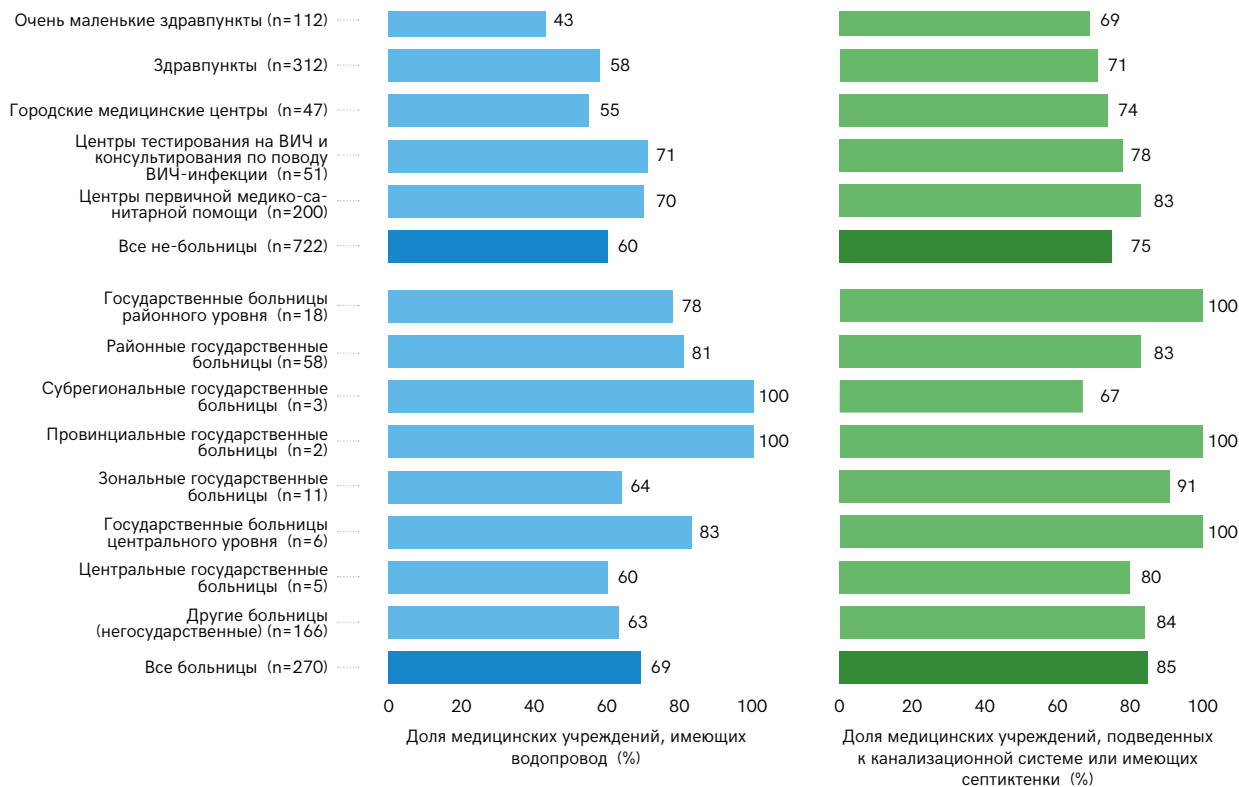
РИС. 81

Управляющий орган

Медицинскими учреждениями часто непосредственно управляет государство через центральные или местные государственные органы. Негосударственные медицинские учреждения могут находиться в ведении коммерческих частных корпораций, некоммерческих поставщиков (в том числе религиозных организаций) и индивидуальных поставщиков медико-санитарной помощи, таких как частные врачи.

В некоторых странах и по некоторым показателям охват выше среди государственных учреждений, но в других случаях ситуация противоположная. Во всем мире государственных учреждений, в которых отсутствовали услуги водоснабжения, было в два раза больше (12%), чем негосударственных (6%),⁶⁸ однако в Кении, Бенине и Гане ситуация была противоположной (рис. 83). Во всем мире негосударственных учреждений, в которых отсутствовали услуги санитарии, было более чем в два раза больше (36%), чем государственных (16%), но в 16 из 27 стран, в которых имелись данные, в государственных учреждениях услуги санитарии отсутствовали чаще. На рис. 83 показано, что среди стран нет отчетливо выраженной закономерности в различиях между государственными и

Среди больниц и не-больниц Непала наблюдаются широкие различия в доступе к водопроводу и в подведении к канализационной системе или наличии септикотенков



Доля медицинских учреждений в Непале, имеющих водопровод и подведенных к канализационной системе или имеющих септикотенки, с разбивкой на типы учреждений («Оценка предоставления услуг», 2015 г.) (%)

РИС. 82

⁶⁸ В 2015 г. во всем мире услуги водоснабжения отсутствовали в 6% негосударственных медицинских учреждений. Для расчета оценки по 2016 году данных было недостаточно.

негосударственными учреждениями. Аналогичным образом, на рис. 84 показано, что в шести странах, в которых имелись сопоставимые данные, среди разных типов медицинских

учреждений с негосударственной формой управления не было какой-либо устойчивой закономерности в наличии улучшенных санитарно-технических сооружений.

Какой-либо отчетливой закономерности в наличии услуг WASH в зависимости от формы управления медицинскими учреждениями нет

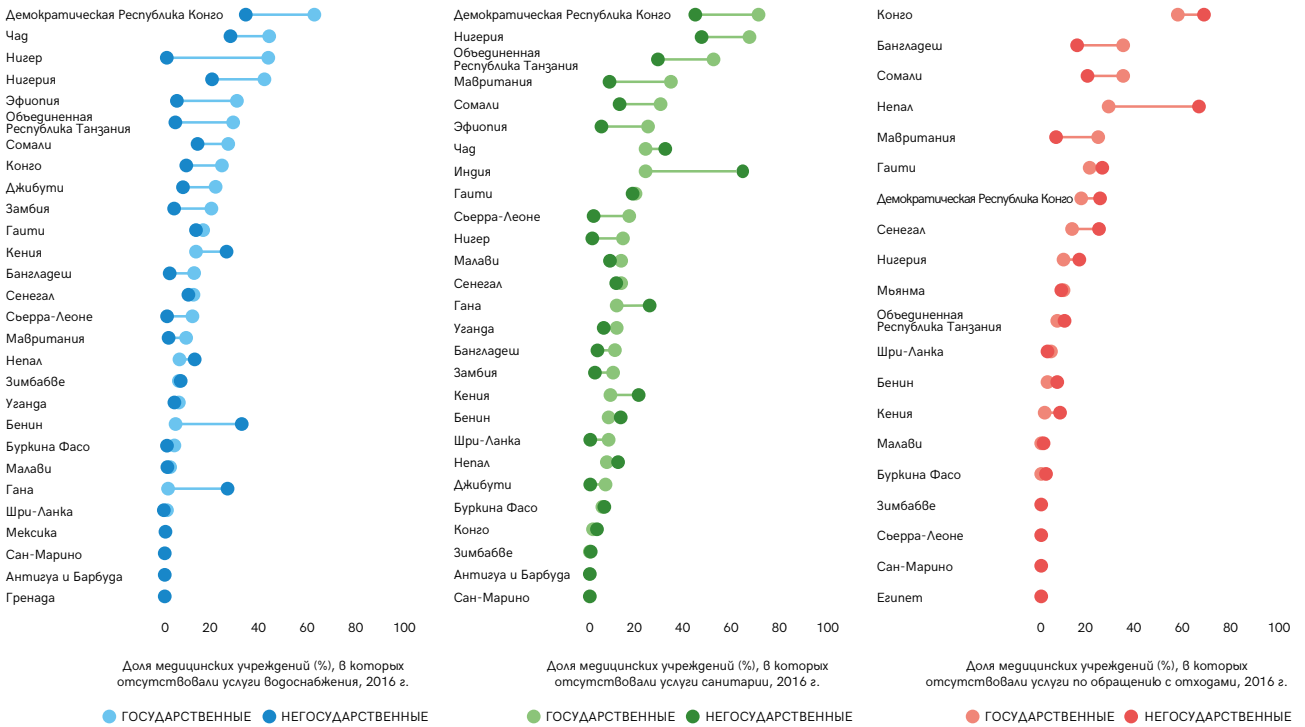


РИС. 83 Доля медицинских учреждений, в которых отсутствовали услуги водоснабжения, санитарии и обращения с отходами, с разбивкой по форме управления, 2016 г. (%)



Отчетливо выраженных тенденций в зависимости от типа негосударственного медицинского учреждения не выявлено

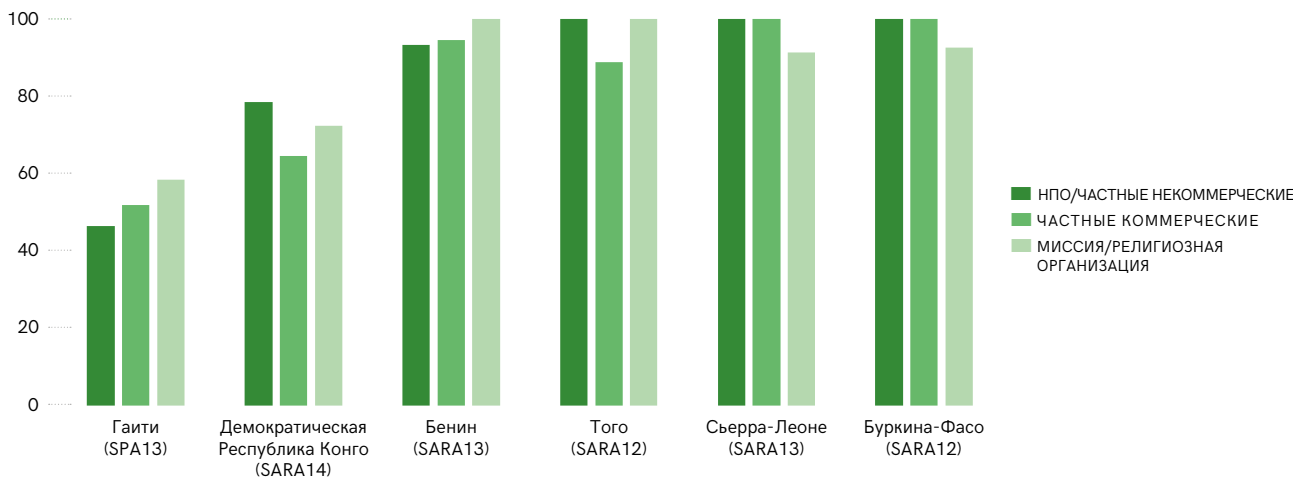


РИС. 84 Доля медицинских учреждений с улучшенными санитарно-техническими сооружениями среди учреждений с негосударственной формой управления (%)

Услуги WASH обычно лучше в городских медицинских учреждениях

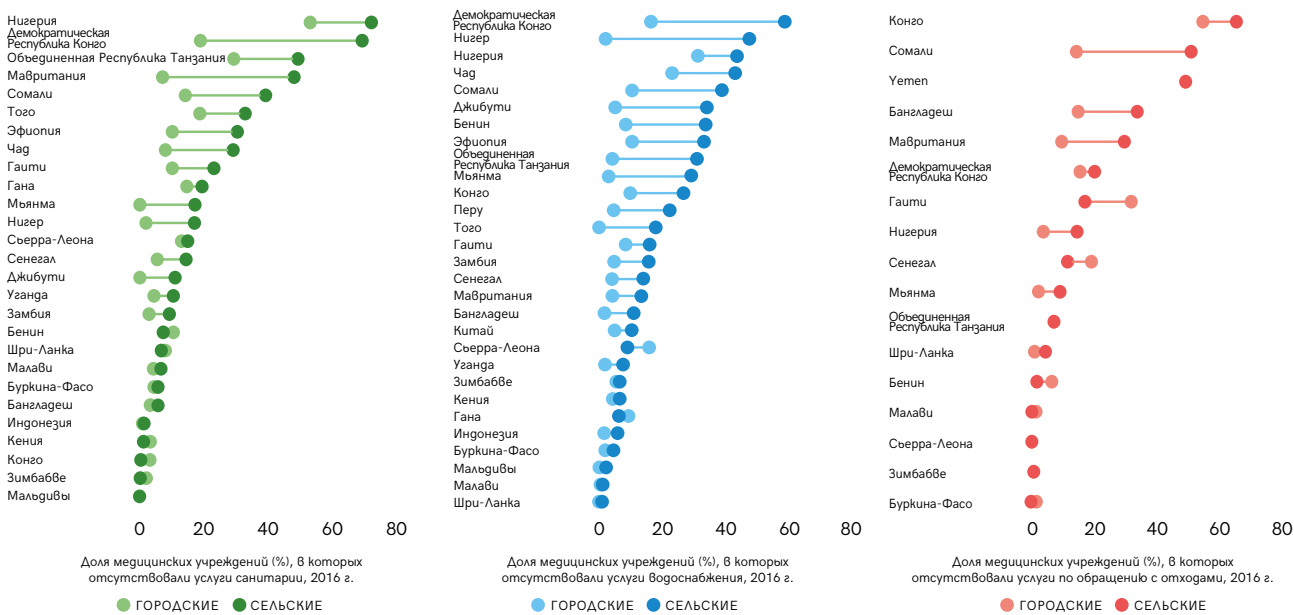


РИС. 85 Доля медицинских учреждений, в которых отсутствовали услуги водоснабжения, санитарии и обращения с отходами, с разбивкой на городские и сельские, 2016 г. (%)

Географическое положение

Фактором, оказывающим большое влияние на неравенство, является географическое положение, и люди, живущие в сельских или удаленных районах, часто испытывают трудности в получении доступа к качественной медицинской помощи, особенно более сложной, чем первичная. Во многих странах с низким и средним уровнем доходов численность сельского населения велика, и у них может быть много небольших

медицинских учреждений. В таких случаях в национальной статистике доминируют сельские учреждения. В большинстве стран, имеющих дезагрегированные данные, уровень услуг WASH в сельских медицинских учреждениях неизменно ниже, чем в городских (рис. 85). Самые большие неравенства наблюдаются в Демократической Республике Конго (здесь разница в отсутствии услуг санитарии составляет 50 процентных пунктов) и в Нигере, где услуги водоснабжения отсутствуют в 47% сельских и только в 2% городских медицинских учреждений.

Между районами Туниса существуют различия в уровнях услуг WASH в медицинских учреждениях

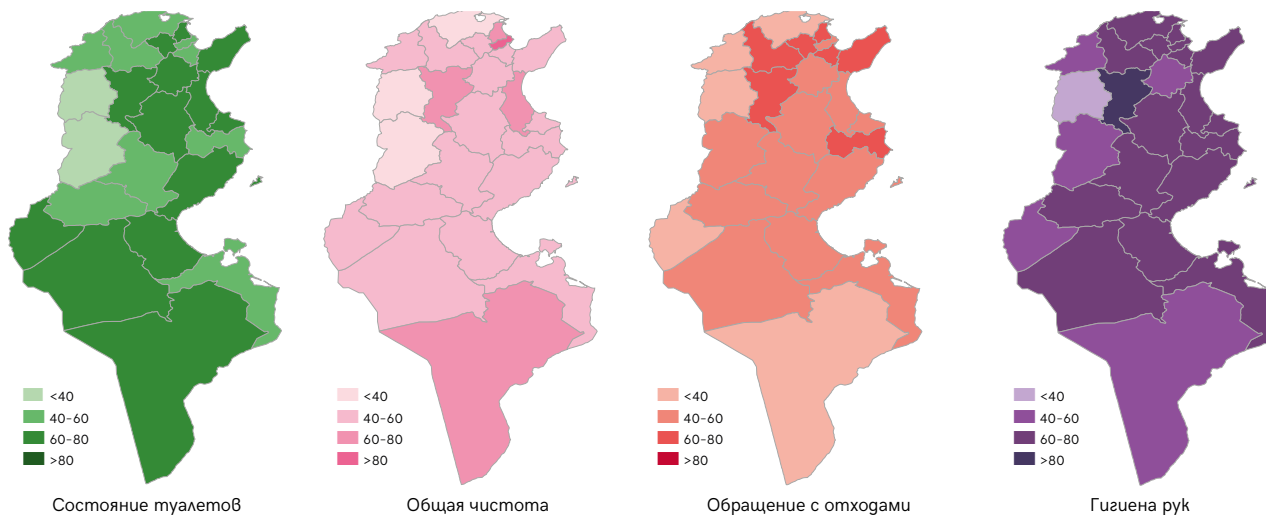


РИС. 86 Услуги WASH в медицинских учреждениях в Тунисе, по районам (2017 г.)

Качество воды в медицинских учреждениях в Ливане существенно различается в зависимости от департамента здравоохранения

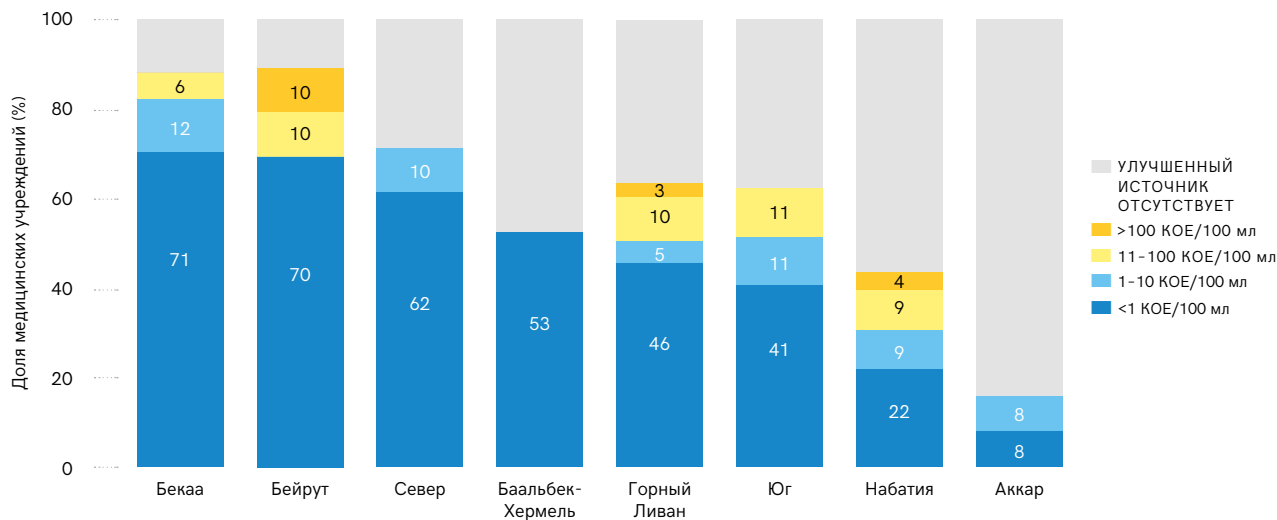


РИС. 87 Присутствие *E. coli* в улучшенных источниках воды в центрах общественного здоровья в Ливане⁶⁹ (2016, n=166) (%)

Во многих случаях проводимая оценка медицинских учреждений позволяет дезагрегировать данные по административным единицам в стране, таким как области (провинции, штаты) или районы, и это может пролить свет на неравенства между административными единицами. На рис. 86 показано, что в Тунисе в медицинских учреждениях в самой южной провинции Татаун по сравнению с соседними провинциями туалеты находятся в лучшем состоянии и выше уровень общей чистоты, но относительно хуже ситуация с приспособлениями для

соблюдения гигиены рук и с обращением с отходами.⁷⁰ В Ливане, по данным проведенной в 2017 г. общенациональной оценки состояния WASH в центрах общественного здоровья, более 70% медицинских учреждений в провинции Бекаа получали воду из улучшенного источника, в котором не было *E. coli*, в то время как в провинции Аккар у 85% медицинских учреждений не было улучшенного источника воды, а в половине учреждений, где удалось проверить воду, она была заражена *E. coli* (рис. 87).

⁶⁹ Sustainable Alternatives, *WASH in Public Health Centres in Lebanon*, заключительный отчет об обследовании, представленный в ЮНИСЕФ в феврале 2018 г.

⁷⁰ Ministre de Santé, *Evaluation de l'état de l'hygiène des centres de santé de base et des unités de soins hospitaliers*, République Tunisienne, Tunis, 2017. Качество услуг в каждой сфере оценивалось с помощью контрольного перечня вопросов, в который входило 5-15 критериев для каждой сферы.

ВСТАВКА 7

«Хрупкие» государства

Самый большой спрос на медицинскую помощь часто возникает во времена конфликтов, насилия и нестабильности, хотя именно эти состояния общества могут нарушать систему WASH и другие услуги, столь необходимые для предоставления качественной помощи. Группа экспертов Всемирного банка по вопросам хрупкости, конфликтов и насилия⁷¹ относит к категории «хрупких» 19 из 51 страны в условном регионе ЦУР «Африка к югу от Сахары».

На рис. 88 показано, что уровень услуг WASH в медицинских учреждениях в странах к югу от Сахары низменнее ниже в хрупких государствах по сравнению с государствами, не включенными в эту категорию. На рис. 89 показано, что в некоторых регионах, наиболее всего пострадавших от недавнего конфликта в Сирийской Арабской Республике, функционирующие системы водоснабжения в 2017 г. имелись менее чем в одной четверти медицинских центров.

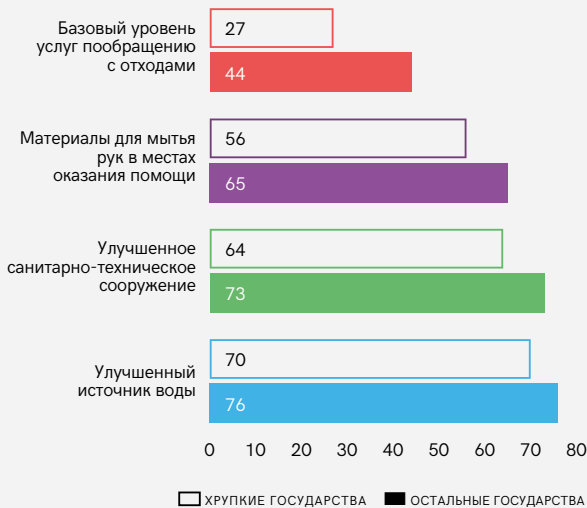


РИС. 88 Услуги WASH в медицинских учреждениях в хрупких и в остальных государствах в Африке к югу от Сахары

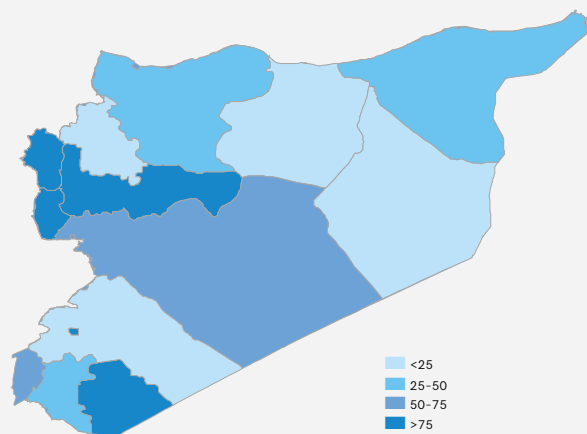


РИС. 89 Функционирующие системы водоснабжения в сирийских больницах («Системы картирования наличия ресурсов в чрезвычайных ситуациях в области здравоохранения (HeRAMS)/Ежегодный доклад о состоянии государственных больниц», 2017 г. (%))

⁷¹ World Bank, *Fragility, Conflict & Violence*, World Bank, 2019, <www.worldbank.org/en/topic/fragilityconflictviolence>, accessed 13 March 2019.

Всеобщий доступ к WASH дома и в медицинских учреждениях

Обычно в медицинских учреждениях услуги WASH лучше, чем в домашних хозяйствах. В 66% стран, имеющих

сопоставимые данные, в медицинских учреждениях чаще, чем в домашних хозяйствах, были улучшенные источники водоснабжения. В 84% стран в медицинских учреждениях были выше показатели наличия улучшенных санитарно-технических сооружений (рис. 90). В 85% стран в

В медицинских учреждениях, как правило, уровень услуг WASH выше, чем в домашних хозяйствах

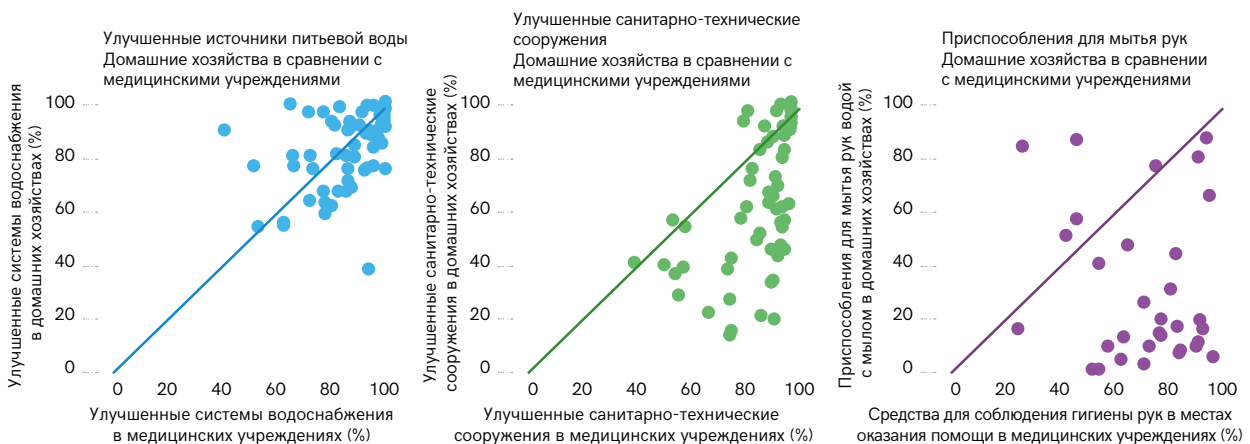


РИС. 90 Услуги WASH в медицинских учреждениях и в домашних хозяйствах (2015 г.) в странах, имевших данные по обоим типам социальной среды (%)

медицинских учреждениях материалы и приспособления для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи имелись чаще, чем приспособления для мытья рук с водой и мылом в домашних хозяйствах. Когда появятся больше данных

лучшего качества, можно будет провести дальнейший анализ наслаивающихся друг на друга неравенств в доступе к услугам WASH в домашних хозяйствах, школах, медицинских учреждениях и других местах.

ВСТАВКА 8

WASH и роды

Во всем мире существенно выросла доля женщин, рожаящих в медицинских учреждениях. Если в 2000 г. в медицинском учреждении рожали всего половина (51%) женщин, то в 2017 г. роды в медицинском учреждении принимались у трех из четырех (76%) женщин. Во многих странах одной из главных задач сектора здравоохранения был переход от практики родов на дому к родам в медицинском учреждении, чтобы улучшить показатели исхода родов и повысить качество помощи матери и новорожденному.

По имеющимся оценкам, каждые пятое роды в мире происходят в наименее развитых странах, и каждый год 17 миллионов женщин в этих странах рожают в медицинских учреждениях, не имеющих удовлетворительного уровня водоснабжения, санитарии и гигиены. В этих странах базовые услуги водоснабжения с одинаковой вероятностью имеются как в домохозяйствах, так и в медицинских учреждениях (соответственно, 62% и 55%), но чаще у женщин не бывает санитарно-технических сооружений и приспособлений для соблюдения требований гигиены именно дома. В этих странах приспособления для мытья рук имелись в местах оказания помощи в двух из трех медицинских учреждений, но дома приспособление для мытья рук с водой и мылом имелось только у 27% населения.

Для родильных палат нужны специально адаптированные услуги WASH, чтобы гарантировать безопасные роды в достойных

условиях и минимизировать риски инфекции, такие как сепсис – одну из ведущих причин как материнской, так и неонатальной смертности. СПМ ВОЗ/ЮНИСЕФ образовала группу экспертов для разработки основных вопросов и показателей для мониторинга WASH и мер ПКИ в родильных палатах. Эти вопросы рекомендуется задавать при проведении общих оценок медицинских учреждений с посещением зон предоставления различных услуг, а также при специализированных обследованиях системы экстренной акушерской помощи и помощи новорожденным. Базовые услуги WASH в родильной палате включают: наличие водопровода, пригодного для пользования туалета, доступного для женщин во время родов, наличие приспособлений для мытья рук, стерильного оборудования, душа или ванны для женщин, разделение отходов и утилизацию плаценты, а также наличие протоколов проведения уборки родильной палаты и обучение персонала выполнению уборки. Сопутствующие меры ПКИ включают стерильные перчатки, лигатуру для перевязки пуповины и лезвие для ее перерезывания, а также чистую поверхность или материал, на котором женщина будет рожать (или «чистый набор для родов»).

Результаты оценки условий в родильных палатах получены от нескольких стран, и они показывают, что многие женщины подвергаются различным рискам из-за неудовлетворительных услуг WASH и мер ПКИ в родильной палате (рис. 91).

В родильных палатах часто отсутствуют жизненно необходимые услуги WASH и меры ПКИ

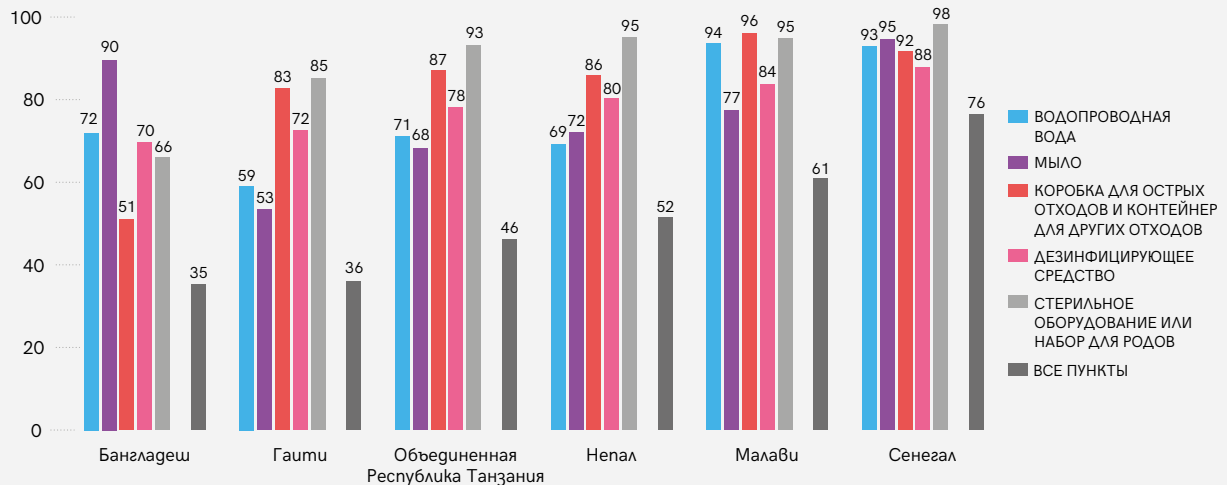
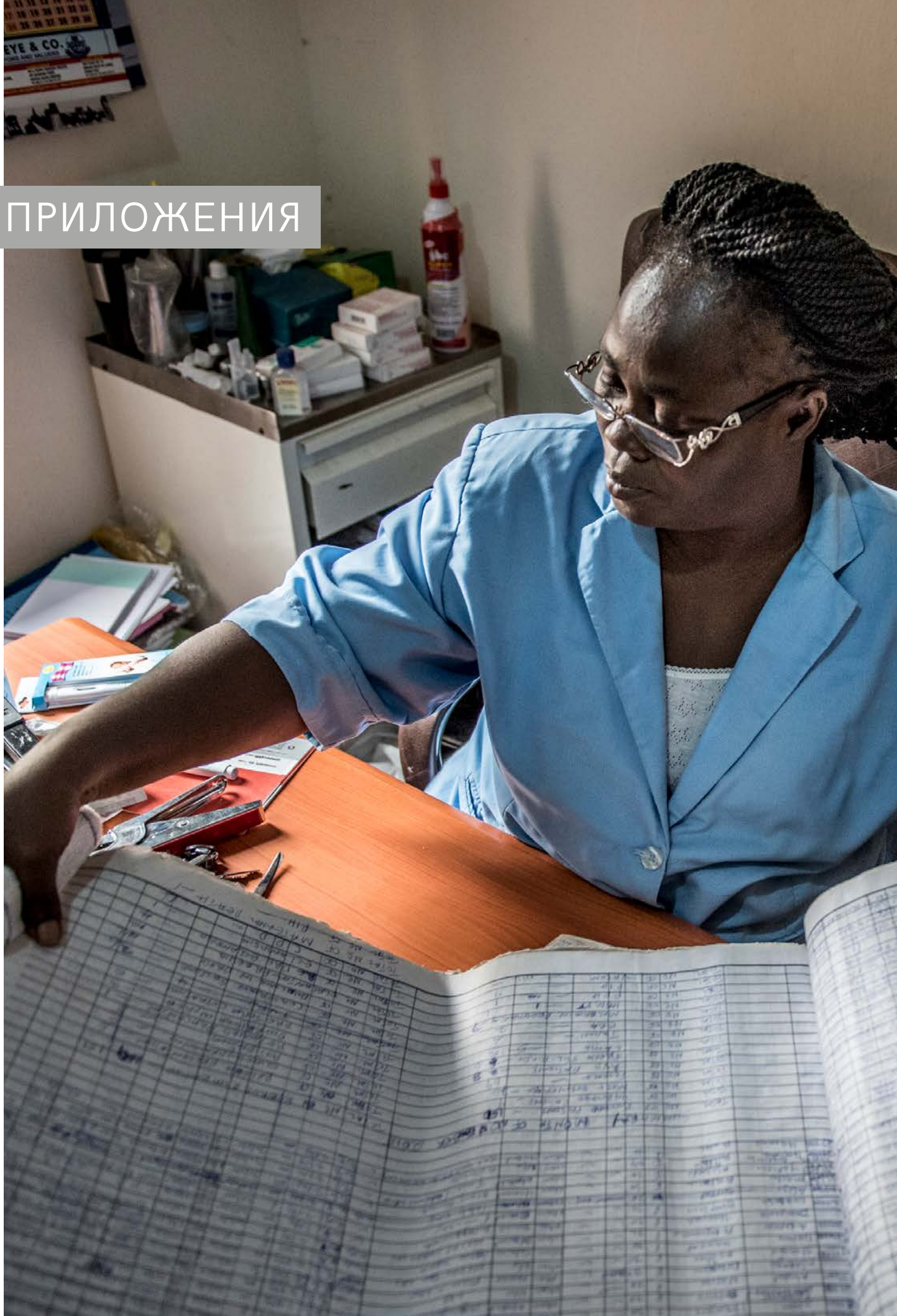


РИС. 91 Доля медицинских учреждений с непосредственно наблюдаемыми услугами WASH и сопутствующими мерами ПКИ в родильной палате. Оценки предоставления услуг (2013–17 гг.) (%)

ПРИЛОЖЕНИЯ





С момента своего учреждения в 1990 г. СПМ принимает непосредственное участие в разработке норм и стандартов, которые используются в качестве эталонов для оценки и сравнения прогресса в области питьевого водоснабжения, санитарии и гигиены в различных странах, и регулярно собирает группы экспертов для выработки технических рекомендаций по вопросам методики. Для расчета оценок по всем годам в базовом периоде СПМ применяет модель линейной регрессии, а не просто ссылается на какой-то один источник данных. Методика, используемая для расчета оценок состояния WASH в медицинских учреждениях, строится на проверенных методах, разработанных СПМ для мониторинга услуг WASH в домашних хозяйствах⁷² и школах.

Выявление источников данных в странах

Все данные, которые используются для расчета оценок, берутся из источников в самих странах. При подготовке настоящего доклада сотрудники СПМ выявили более 500 потенциальных источников данных. В некоторых случаях использовать данные было нельзя, поскольку они не были репрезентативными для всей страны, не включали нужную информацию о WASH, были устаревшими (для доклада брались только данные начиная с 2000 года) или было невозможно найти всеобъемлющий отчет или файл с микроданными. В общей сложности информация о WASH была взята из 260 источников из 125 стран (рис. 1-1).

Извлечение и классификация данных

Данные извлекались из этих источников и соотносились с глобальными показателями, относящимися к иерархическим лестницам услуг водоснабжения, санитарии, обеспечения средствами гигиены, обращения с отходами и поддержания чистоты окружающей среды. Данные были достаточно равномерно распределены между сферами водоснабжения, санитарии, гигиены и обращения с отходами (в каждой сфере услуг было примерно 200 источников данных), однако в сфере поддержания чистоты окружающей среды данных было мало – всего 21 источник данных (рис. 1-2).

Некоторые источники данных для расчета оценок использовать было нельзя по разным причинам:

- Извещение от национальных органов о том, что данные не считаются надежными или подходящими для

использования.

- Классификация данных была основана на нескольких родовых категориях, которые не согласовывались с категориями, принятыми в СПМ.
- Данные не были репрезентативными для выбранного класса медицинских учреждений (центральных, больниц, не-больниц, государственных, негосударственных, городских или сельских).
- Данные были репрезентативными, но число медицинских учреждений – объектов оценки было слишком мало. Данные исключались, когда оценивалось менее 50 медицинских учреждений, кроме случаев малых стран: для них данные исключались, если оценке было подвергнуто менее 30% от всего числа медицинских учреждений.
- Данные заметно отличались от остальных точек данных в аналогичных временных рамках.

По крайней мере для некоторых показателей WASH всего было использовано 217 из 260 источников данных (рис. 1-2).

Число медицинских учреждений, которые оценивались в этих источниках данных, колебалось от одного до почти 100 тысяч. В общей сложности в 260 источниках данных были собраны данные из 560 тысяч медицинских учреждений, а в упомянутых выше 217 источниках данные были получены от 550 тысяч медицинских учреждений (рис. 1-3). В некоторых случаях одни и те же медицинские учреждения могли оцениваться несколько раз в разные годы.

Источники водоснабжения и санитарно-технические сооружения классифицируются в СПМ как улучшенные и неулучшенные. К улучшенным источникам водоснабжения относятся такие источники, которые благодаря своей конструкции и устройству способны обеспечить подачу безопасной воды, а улучшенными санитарно-техническими сооружениями считаются сооружения, предназначенные для гигиеничного отделения человеческих экскрементов от контакта с человеком.⁷³

Если в источниках данных медицинские учреждения классифицировались как расположенные в городах или в сельской местности, такие классификации использовались без каких-либо изменений. Аналогичным образом, если какое-либо учреждение называлось «больницей» любого типа, оно и классифицировалось в процессе извлечения

⁷² World Health Organization and the United Nations Children's Fund, *JMP Methodology: 2017 update and SDG baselines*, WHO and UNICEF, Geneva, 2017, <<https://washdata.org/report/jmp-methodology-2017-update>>.

⁷³ Более подробно см.: Совместная программа Всемирной организации здравоохранения и Детского фонда Организации Объединенных Наций по мониторингу водоснабжения, санитарии и гигиены. «Прогресс в области обеспечения питьевой водой, санитарии и гигиены: обновленная информация за 2017 г. и исходные уровни для достижения Целей в области устойчивого развития». ВОЗ и ЮНИСЕФ, Женева, 2017 г., <<https://washdata.org/report/jmp-2017-report-final>>.

ВСТАВКА 9

Международные программы оценки учреждений

Большинство оценок медицинских учреждений проводятся государственными органами в стране – как правило, министерством здравоохранения или национальным статистическим управлением. Такие оценки получают поддержку со стороны целого ряда международных программ, которые подготовили данные, использованные в настоящем докладе. Ниже перечислены некоторые наиболее крупные программы:

- Программа **SARA** («Оценка наличия и готовности услуг»), поддерживаемая Всемирной организацией здравоохранения.
- Программа **SPA** («Оценка предоставления услуг»), поддерживаемая Агентством США по международному развитию через программу «Медико-демографические обследования».
- Инициатива **PMA2020** («Мониторинг показателей деятельности и подотчетность 2020»), поддерживаемая Фондом Билла и Мелинды Гейтс при техническом содействии Университета Джона Хопкинса.
- Обследования **EMONC** («Экстренная акушерская помощь и помощь новорожденным»), которые проводятся в целом ряде стран, часто при технической поддержке программы Колумбийского университета «Предотвращение материнской смертности и инвалидности».
- **PHWMP** (Тихоокеанский проект по обращению с опасными отходами): в 2014 г. под руководством Секретариата Тихоокеанской региональной программы при поддержке Агентства охраны окружающей среды Австралии и Европейской комиссии проведено исследование исходной ситуации в 14 островных государствах Тихого океана.
- Проект **SDI** («Показатели предоставления услуг»), который сосредоточен на сборе данных в начальных школах и медицинских учреждениях первой линии при поддержке Всемирного банка.
- **World Vision** всемирная организация, занимающаяся вопросами гуманитарной помощи, развития и

Половина источников данных, использованных в настоящем докладе, приходится на долю семи международных программ



РИС. 1-1 Источники данных, использованные в докладе об исходном состоянии в мире в 2019 г.

информационно-пропагандистской работы и действующая почти в 100 странах мира. Она является партнером Института водных проблем при университете штата Северная Каролина в проведении оценок программ WASH, включая оценки состояния WASH в школах и медицинских учреждениях в сельской местности.

Вместе эти семь программ оказали поддержку в проведении более половины (153) оценок медицинских учреждений, результаты которых были использованы в настоящем докладе. В процессе страновых консультаций СПМ было выявлено еще более 100 источников данных. Относительно небольшое число стран представили данные из административных источников, таких как плановый сбор данных посредством информационных систем управления здравоохранением.

Национальные источники данных, которые имелись и были использованы в докладе СПМ 2019 г. об исходном состоянии в мире в 2019 г. программ

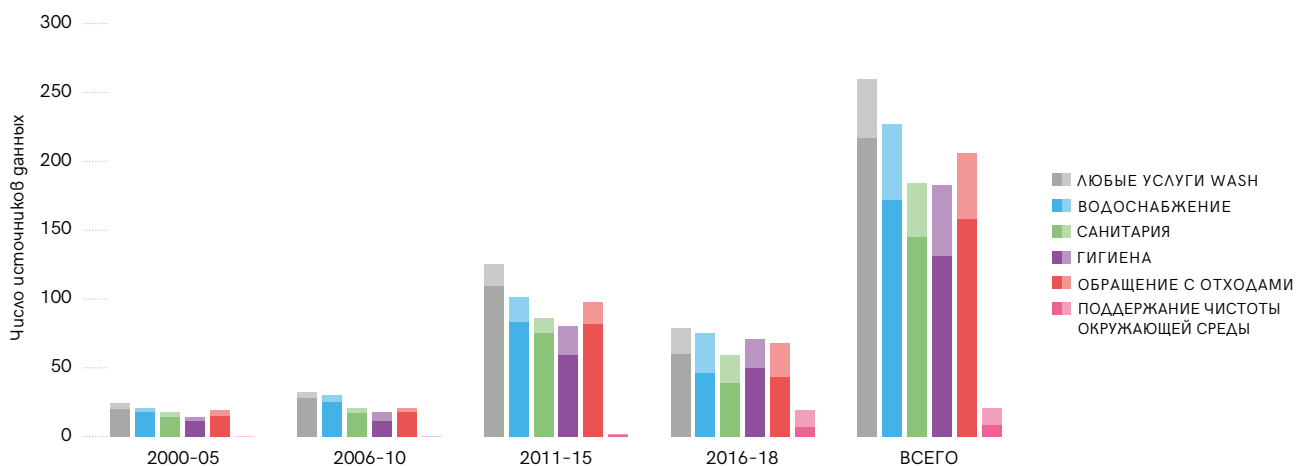


РИС. 1-2 Национальные источники данных, использованные (темные цвета) и выявленные, но не использованные (светлые цвета) в докладе СПМ о состоянии WASH в медицинских учреждениях в 2019 г.

Число медицинских учреждений, прошедших оценку, отраженное в национальных источниках данных

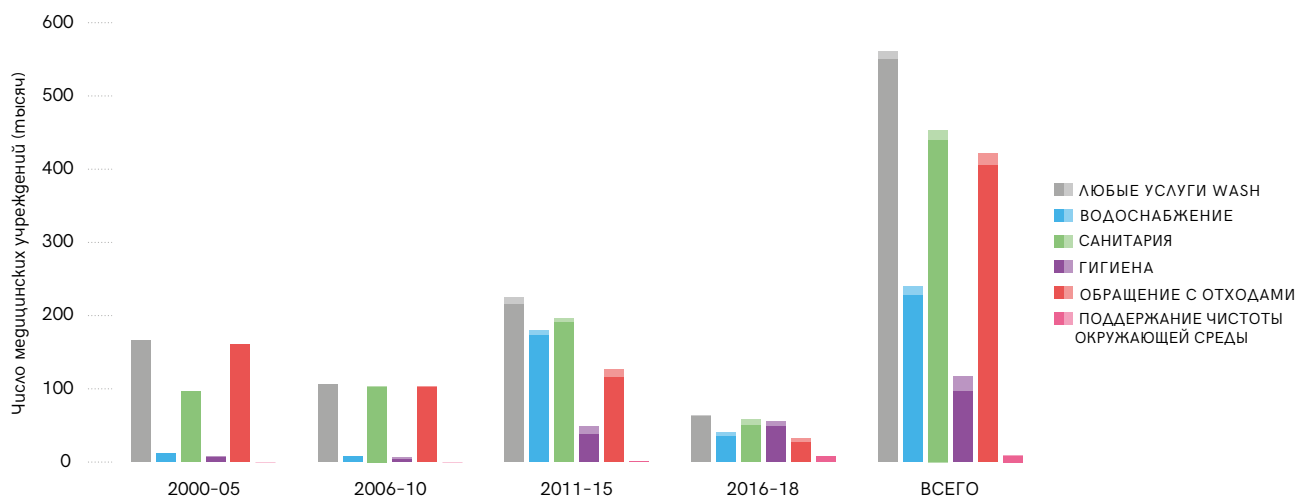


РИС. 1-3 Число медицинских учреждений, прошедших оценку, данные по которым были использованы (темные цвета) и выявлены, но не использованы (светлые цвета) в докладе СПМ о состоянии WASH в медицинских учреждениях в 2019 г.

данных как больница. В некоторых источниках данных учреждения классифицировались как «государственные» или «негосударственные» или «частные». Если в источнике данных не было дезагрегирования по управляющему органу, в некоторых случаях весь такой источник данных мог быть отнесен к категории либо государственных, либо негосударственных учреждений.

Если имелись данные из различных отделений или зон в медицинском учреждении, в приоритетном порядке извлекались данные из зон общих консультаций или амбулаторных отделений. Если данных из зон общих консультаций и амбулаторных отделений не было, для использования при расчете глобальных показателей регистрировалось наличие услуг WASH в любых других местах, по которым имелись данные.

Страновые оценки

В страновых файлах СПМ о состоянии WASH в медицинских учреждениях содержится полный перечень источников данных, имеющихся за каждый год начиная с 2000 г., и показано, как страновые данные согласуются с международными стандартными классификациями, используемыми для глобального мониторинга. Для расчета оценок на основании всех имеющихся точек данных в СПМ используется простая линейная регрессия. Для каждого класса медицинских учреждений (центральные, больницы, не-больницы, государственные, негосударственные, городские или сельские) регрессии выполняются отдельно.

Если имеются две точки данных или более, охватывающие как минимум четыре года, рассчитываются тренды. Если точки данных охватывают менее четырех лет, используется среднее значение. Регрессии экстраполируются на два года после

последней точки данных и на два года, предшествующие первой точке данных. Затем первая и последняя оценки, выведенные на основании регрессии, распространяются еще на четыре года. Например, если последняя точка данных была из 2008 г., оценки могут быть рассчитаны для 2009–14 годов, но не для 2015 или 2016 г. (см. пример с приспособлениями для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи на рис. 1-4).

Все показатели базового уровня услуг являются сводными показателями, построенными на двух или нескольких субпоказателях. Данные по разным субпоказателям могут быть взяты из разных источников, поэтому не всегда можно объединить разные субпоказатели на уровне отдельного медицинского учреждения. Соответственно, в СПМ при объединении субпоказателей берется наименьшее значение каждого имеющегося субпоказателя для каждого данного года. Показатель базового уровня санитарии включает большое число субпоказателей. Для того, чтобы с максимальной пользой распорядиться имеющимися данными, СПМ для настоящего доклада рассчитывала оценки базовых услуг санитарии в тех случаях, когда имелись данные об улучшенных и пригодных для пользования туалетах и хотя бы о двух из остальных четырех элементов базового уровня (туалеты для персонала, отдельные для женщин и мужчин, наличие условий для соблюдения требований гигиены во время менструации и доступность для лиц с ограниченной подвижностью). В примере, касающемся санитарии на рис. 1-4, имеются данные об улучшенных и пригодных для пользования туалетах, а также туалетах, доступных для лиц с ограниченной подвижностью, но этого недостаточно для расчета оценок базового уровня услуг.

Региональные и глобальные оценки

Региональные оценки формируются путем суммирования страновых оценок для каждого класса медицинских

Для выведения оценок по имеющимся точкам данных в СПМ используются линейные регрессии

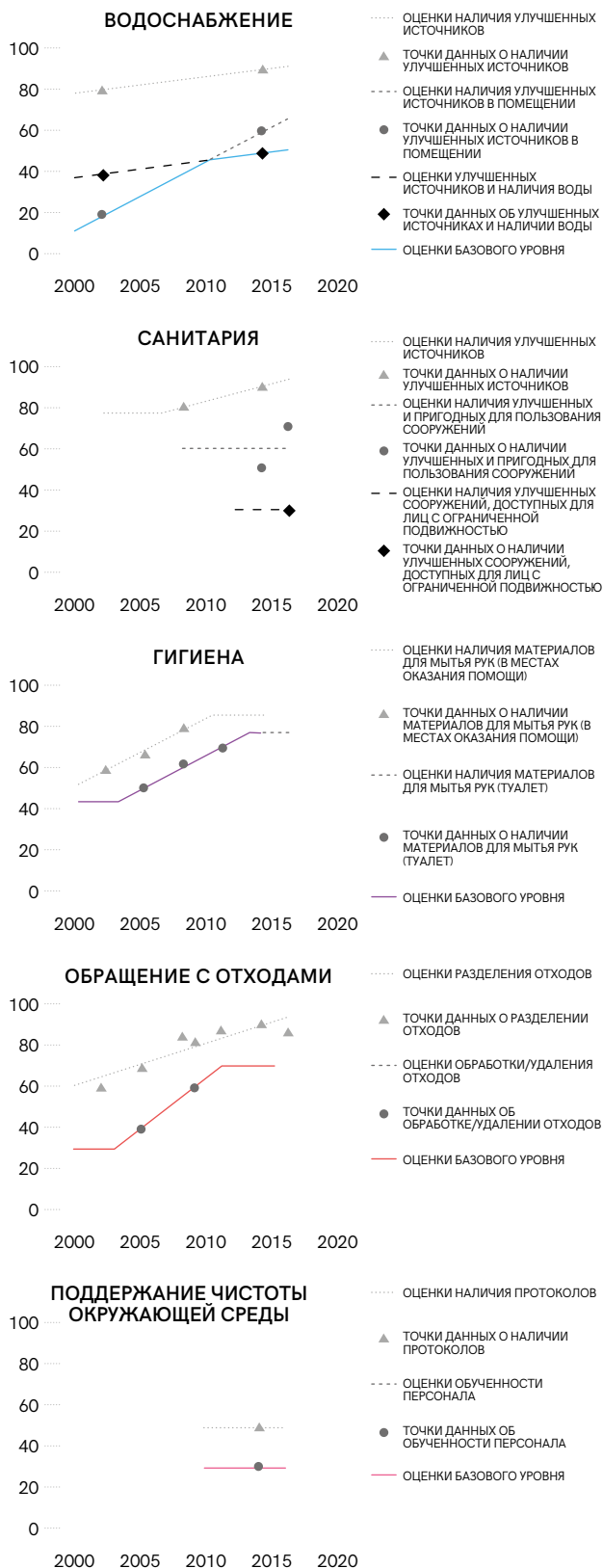


РИС. 1-4 Примеры использования линейных регрессий для расчета оценок услуг WASH

учреждений. В идеале оценкам из каждой страны должен присваиваться вес, соответствующий общему числу медицинских учреждений данного класса в этой стране. Однако полные статистические данные о числе медицинских учреждений каждого класса имеются не во всех странах. Поэтому для целей настоящего доклада для присвоения веса оценкам из отдельных стран в СПМ использовались показатели общей численности населения в стране, городского или сельского населения, для чего брались самые последние данные из Отдела народонаселения ООН. Данные об общей численности населения в стране брались из «Перспектив мирового населения пересмотра 2017 года», а данные о доле сельского населения были взяты из «Перспектив мировой урбанизации пересмотра 2018 года». Региональные оценки рассчитываются в тех случаях, когда имеются данные от стран с совокупным населением не менее 30% всего населения региона. На рис. 1-5 показана доля населения в каждом регионе и во всем мире, по которой имелись данные. Более светлые цвета обозначают показатели с охватом данными менее 30% населения, и для них региональные оценки не рассчитывались. Средние оттенки цвета означают, что данные имелись в странах, представляющих 30-50% населения, и оценки для них были рассчитаны, но интерпретировать их следует осторожно. Более точными оценки являются в тех случаях, когда они базируются на данных как минимум по 50% населения региона (более темные цвета).

Глобальные оценки тоже рассчитываются только тогда, когда имеются данные по странам, чье совокупное население составляет не менее 30% населения земного шара. Однако для того, чтобы несколько крупных стран не оказывали несоразмерно большого влияния на оценки, особенно когда по многим странам по-прежнему оценок нет, глобальные оценки рассчитываются так, что сначала готовятся региональные оценки по всем условным регионам ЦУР, даже если в регионе охват данными меньше 30%, а потом по региональным оценкам рассчитывается средневзвешенное значение.

Страновые консультации

Были рассчитаны предварительные оценки, которые в начале ноября 2018 г. были разосланы в страны для проведения официальных консультаций и изучения в течение определенного времени. Странам было предложено до конца декабря 2018 г. представить технические замечания. В ряде случаев страны просили продлить этот срок, и он был продлен до середины января 2019 г. ВОЗ и ЮНИСЕФ стремились провести консультации со всеми странами и дать ответ на полученные замечания и вопросы, особенно в тех случаях, когда определения или методы СПМ отличались от того, что было принято у заинтересованных сторон в странах.

Оценивание данных

В Приложениях 3 и 4 настоящего доклада приведены страновые, региональные и глобальные оценки по основным показателям за самый последний год, по которому имелись

данные. Доступ к этим данным также можно получить на веб-сайте СПМ <<https://washdata.org>>, где содержатся оценки за все годы, начиная с 2000 г., по которым имеются данные. На веб-сайте помещены дополнительные оценки по субпоказателям, которые отражают элементы базовых

Охват данными многих регионов и классов медицинских учреждений низок



РИС. 1-5 Охват данными о различных классах медицинских учреждений, по регионам (%)

уровней услуг, а также по дополнительным региональным группировкам стран, не включенным в печатную версию доклада. Веб-сайт дает пользователям возможность создавать, скачивать и публиковать различные графики, таблицы и карты по своему усмотрению. Пользователи также могут скачивать

все отдельные страновые файлы СПМ, в которых перечислены источники данных в стране, включенные в настоящий момент в глобальную базу данных, и показано, как они использовались для расчета сопоставимых на международном уровне оценок состояния WASH в медицинских учреждениях.

РЕГИОН	БАЗОВЫЙ УРОВЕНЬ УСЛОВИЙ ДЛЯ СОБЛЮДЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ГИГИЕНЫ						
	Всего	Городские	Сельские	Больницы	Не-больницы	Государственные	Негосударственные
Центральная и Южная Азия	0	0	0	75	0	0	0
Восточная и Юго-Восточная Азия	72	0	0	0	72	72	0
Европа и Северная Америка	12	0	0	2	2	0	0
Латинская Америка и Карибский бассейн	0	0	0	0	0	0	0
Северная Африка и Западная Азия	8	4	0	0	0	0	0
Океания	0	0	0	0	0	0	0
Африка к югу от Сахары	27	6	8	7	7	7	7
Наименее развитые страны	6	6	6	6	6	6	6
Развивающиеся страны, не имеющие выхода к морю	7	4	3	5	4	4	4
Малые островные развивающиеся государства	1	2	1	0	0	0	0
Весь мир	23	1	1	19	20	20	1

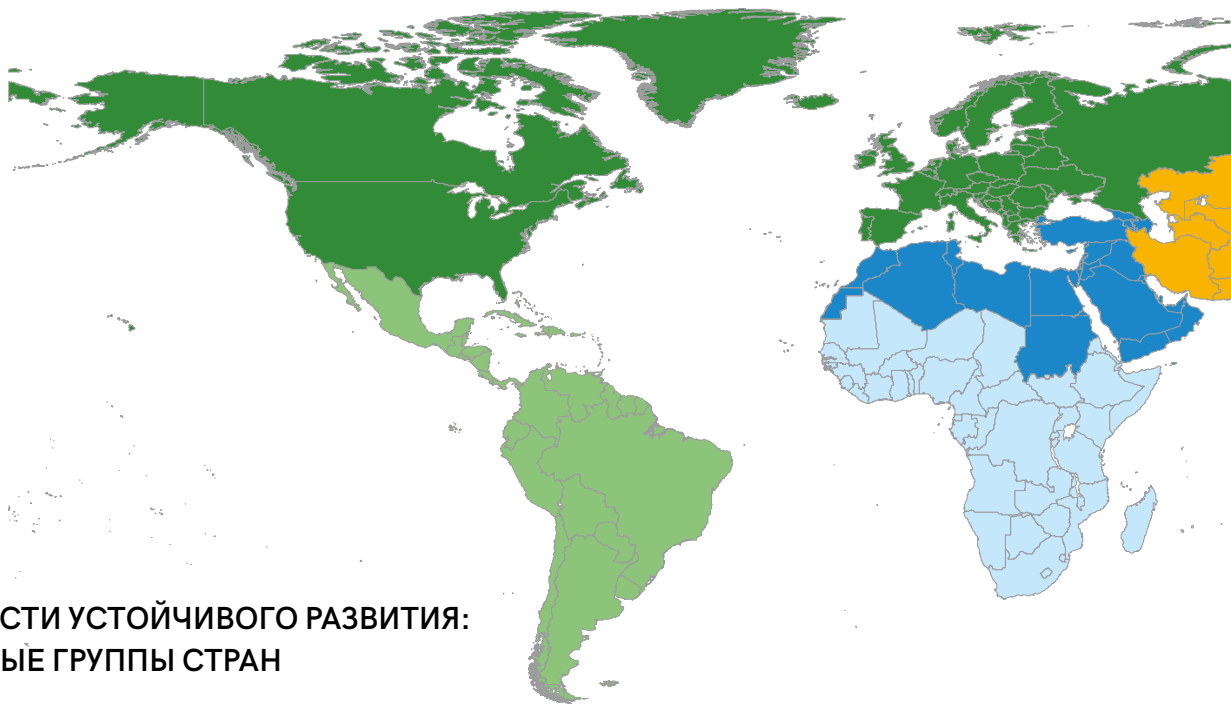
БАЗОВЫЕ УСЛУГИ ПО ОБРАЩЕНИЮ С ОТХОДАМИ							
Всего	Городские	Сельские	Больницы	Не-больницы	Государственные	Негосударственные	
12	10	10	87	12	12	12	
17	15	17	17	17	16	16	
12	0	0	2	2	0	0	
14	4	11	6	12	14	6	
23	4	0	16	3	13	0	
77	0	0	12	77	0	0	
74	67	75	70	74	72	69	
78	69	69	75	75	76	70	
70	48	60	65	68	65	59	
72	54	29	46	71	37	37	
19	12	22	35	18	18	17	

РЕГИОН	ОТСУТВИЕ УСЛОВИЙ ДЛЯ СОБЛЮДЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ГИГИЕНЫ						
	Всего	Городские	Сельские	Больницы	Не-больницы	Государственные	Негосударственные
Центральная и Южная Азия	74	0	0	74	74	74	74
Восточная и Юго-Восточная Азия	86	14	13	13	86	86	13
Европа и Северная Америка	7	0	0	2	0	0	0
Латинская Америка и Карибский бассейн	0	0	0	0	0	0	0
Северная Африка и Западная Азия	56	4	0	46	46	46	46
Океания	0	0	0	0	0	0	0
Африка к югу от Сахары	49	45	50	45	49	49	31
Наименее развитые страны	19	13	23	17	19	19	11
Развивающиеся страны, не имеющие выхода к морю	48	37	49	41	46	46	27
Малые островные развивающиеся государства	1	2	1	0	0	0	0
Весь мир	48	8	12	28	48	48	27

ОТСУТВИЕ УСЛУГ ПО ОБРАЩЕНИЮ С ОТХОДАМИ							
Всего	Городские	Сельские	Больницы	Не-больницы	Государственные	Негосударственные	
12	10	10	86	12	12	12	
3	2	4	3	3	3	3	
12	0	0	0	0	0	0	
2	2	5	2	2	2	2	
64	13	18	59	59	59	46	
0	0	0	3	0	0	0	
49	48	41	48	49	49	49	
55	58	48	53	55	55	51	
19	11	12	19	19	19	19	
37	53	28	42	37	37	37	
12	7	13	29	12	12	11	

<30%
 30-50%
 >50%

<30%
 30-50%
 >50%



ЦЕЛИ В ОБЛАСТИ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ: РЕГИОНАЛЬНЫЕ ГРУППЫ СТРАН

■ АВСТРАЛИЯ И НОВАЯ ЗЕЛАНДИЯ:

Австралия, Новая Зеландия.

■ **ЦЕНТРАЛЬНАЯ И ЮЖНАЯ АЗИЯ:** Афганистан, Бангладеш, Бутан, Индия, Иран (Исламская Республика), Казахстан, Кыргызстан, Мальдивы, Непал, Пакистан, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан, Шри-Ланка.

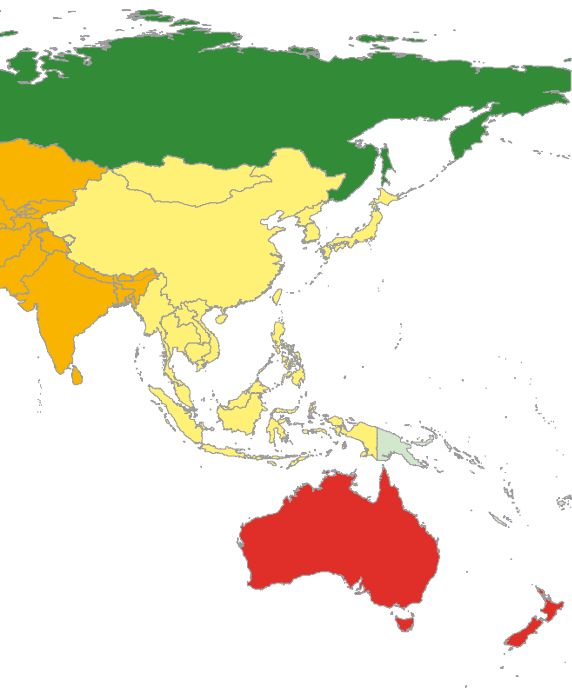
■ **ВОСТОЧНАЯ И ЮГО-ВОСТОЧНАЯ АЗИЯ:** Бруней-Даруссалам, Вьетнам, Индонезия, Камбоджа, Китай, Китай (Особый административный район Гонконг), Китай (Особый административный район Макао), Корейская Народно-Демократическая Республика, Лаосская Народно-Демократическая Республика, Малайзия, Монголия, Мьянма, Республика Корея, Сингапур, Таиланд, Тимор-Лешти, Филиппины, Япония.

■ **ЛАТИНСКАЯ АМЕРИКА И КАРИБСКИЙ БАССЕЙН:** Ангилья, Антигуа и Барбуда, Аргентина, Аруба, Багамские Острова, Барбадос, Белиз, Боливия (Многонациональное Государство), Бонайре, Саба и Синт-Эстатиус (Карибские Нидерланды), Бразилия, Британские Виргинские Острова, Венесуэла (Боливарианская Республика), Виргинские Острова Соединенных Штатов Америки, Гаити, Гайана, Гваделупе, Гватемала, Гондурас, Гренада, Доминика, Доминиканская Республика, Каймановы Острова, Колумбия, Коста-Рика,

Кюрасао, Мартиника, Мексика, Монсеррат, Никарагуа, Острова Тёркс и Кайкос, Панама, Парагвай, Перу, Пуэрто-Рико, Сальвадор, Сент-Китс и Невис, Сент-Винсент и Гренадины, Сент-Люсия, Синт-Мартен (голландская часть), Суринам, Тринидад и Тобаго, Уругвай, Фолклендские (Мальвинские) Острова, Французская Гвиана, Чили, Эквадор, Ямайка.

■ **ЕВРОПА И СЕВЕРНАЯ АМЕРИКА:** Австрия, Албания, Андорра, Беларусь, Бельгия, Бермудские Острова, Болгария, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Венгрия, Германия, Гибралтар, Гренландия, Греция, Дания, Ирландия, Испания, Италия, Канада, Латвия, Литва, Лихтенштейн, Люксембург, Мальта, Монако, Нидерланды, Норвегия, Острова Санта-Барбара, Остров Мэн, Польша, Португалия, Республика Молдова, Российская Федерация, Румыния, Сан-Марино, Святой Престол, Сен-Пьер и Микелон, Сербия, Словакия, Словения, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии, Соединенные Штаты Америки, Украина. Фарерские Острова, Финляндия, Франция, Хорватия, Чешская Республика, Черногория, Швейцария, Швеция, Эстония.

■ **СЕВЕРНАЯ АФРИКА И ЗАПАДНАЯ АЗИЯ:** Азербайджан, Алжир, Армения, Бахрейн, Грузия, Египет, Западная Сахара, Западный берег реки Иордан и сектор Газа, Израиль,



Иордания, Ирак, Йемен, Катар, Кипр, Кувейт, Ливан, Ливия, Марокко, Объединенные Арабские Эмираты, Оман, Саудовская Аравия, Сирийская Арабская Республика, Судан, Тунис, Турция.

ОКЕАНИЯ (ИСКЛЮЧАЯ АВСТРАЛИЮ И НОВУЮ ЗЕЛАНДИЮ): Американское Самоа, Вануату, Гуам, Кирибати, Маршалловы Острова, Микронезия (Федеративные Штаты), Науру, Ниуэ, Новая Каледония, Острова Кука, Острова Уоллис и Футуна, Палау, Папуа-Новая Гвинея, Самоа, Северные Марианские Острова, Соломоновы Острова, Токелау, Тонга, Тувалу, Фиджи, Французская Полинезия.

АФРИКА К ЮГУ ОТ САХАРЫ: Ангола, Бенин, Ботсвана, Буркина-Фасо, Бурунди, Габон, Гамбия, Гана, Гвинея, Гвинея-Биссау, Демократическая Республика Конго, Джибути, Замбия, Зимбабве, Кабо-Верде, Камерун, Кения, Коморские Острова, Конго, Кот-д'Ивуар, Лесото, Либерия, Маврикий, Мавритания, Мадагаскар, Малави, Мали, Мозамбик, Намибия, Нигер, Нигерия, Объединенная Республика Танзания, Остров Майотта, Остров Святой Елены, Реюньон, Руанда, Сан-Томе и Принсипи, Сенегал, Сейшельские Острова, Сомали, Сьерра-Леоне, Того, Уганда, Центральноафриканская Республика, Чад, Экваториальная Гвинея, Эритрея, Эсватини, Эфиопия, Южно-Африканская Республика, Южный Судан.

ДРУГИЕ РЕГИОНАЛЬНЫЕ ГРУППЫ

РАЗВИВАЮЩИЕСЯ СТРАНЫ, НЕ ИМЕЮЩИЕ ВЫХОДА К МОРЮ

Азербайджан, Армения, Афганистан, Бутан, Боливия (Многонациональное Государство), Ботсвана, Буркина-Фасо, Бурунди, Замбия, Зимбабве, Казахстан, Кыргызстан, Лаосская Народно-Демократическая Республика, Лесото, Малави, Мали, Монголия, Непал, Нигер, Парагвай, Республика Молдова, Руанда, Северная Македония, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан, Уганда, Центральноафриканская Республика, Чад, Эсватини, Эфиопия, Южный Судан.

НАИМЕНЕЕ РАЗВИТЫЕ СТРАНЫ

Ангола, Афганистан, Бангладеш, Бенин, Бутан, Буркина-Фасо, Бурунди, Вануату, Гаити, Гамбия, Гвинея, Гвинея-Биссау, Демократическая Республика Конго, Джибути, Замбия, Йемен, Камбоджа, Кирибати, Коморские Острова, Лаосская Народно-Демократическая Республика, Лесото, Либерия, Мавритания, Мадагаскар, Малави, Мали, Мозамбик, Мьянма, Непал, Нигер, Объединенная Республика Танзания, Руанда, Сан-Томе и Принсипи, Сенегал, Соломоновы Острова, Сомали, Судан, Сьерра-Леоне, Тимор-Лешти, Того, Тувалу, Уганда, Центральноафриканская Республика, Чад, Эритрея, Эфиопия, Южный Судан.

МАЛЫЕ ОСТРОВНЫЕ РАЗВИВАЮЩИЕСЯ ГОСУДАРСТВА

Американское Самоа, Ангилья, Антигуа и Барбуда, Аруба, Багамские Острова, Барбадос, Белиз, Бермудские Острова, Бонайре, Саба и Синт-Эстатиус (Карибские Нидерланды), Британские Виргинские Острова, Вануату, Виргинские Острова Соединенных Штатов, Гаити, Гайана, Гваделупе, Гвинея-Биссау, Гренада, Гуам, Доминика, Доминиканская Республика, Кабо-Верде, Каймановы Острова, Кирибати, Коморские Острова, Куба, Кюрасао, Маврикий, Мальдивские Острова, Маршалловы Острова, Микронезия (Федеративные Штаты), Монсеррат, Науру, Ниуэ, Новая Каледония, Острова Кука, Острова Тёркс и Кайкос, Палау, Папуа-Новая Гвинея, Пуэрто-Рико, Северные Марианские Острова, Самоа, Сан-Томе и Принсипи, Сейшельские Острова, Сингапур, Сент-Китс и Невис, Сент-Винсент и Гренадины, Сент-Люсия, Синт-Мартен (голландская часть), Соломоновы Острова, Суринам, Тимор-Лешти, Тонга, Тринидад и Тобаго, Тувалу, Фиджи, Французская Полинезия, Ямайка.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3.1 | Страновые оценки водоснабжения

СТРАНА, РАЙОН ИЛИ ТЕРРИТОРИЯ	ВОДОСНАБЖЕНИЕ			В ЦЕЛОМ ПО СТРАНЕ					ГОРОДСКИЕ					СЕЛЬСКИЕ				
	Год	Население (тысяч человек)	% городского	Базовые услуги водоснабжения (улучшенные, есть вода, в помещении)	Ограниченные услуги водоснабжения (улучшенные, воды нет и/или не в помещении)	Услуги отсутствуют (неулучшенные или совсем отсутствуют)	Улучшенный источник водоснабжения	Улучшенный источник в помещении	Базовые услуги водоснабжения (улучшенные, есть вода, в помещении)	Ограниченные услуги водоснабжения (улучшенные, воды нет и/или не в помещении)	Услуги отсутствуют (неулучшенные или совсем отсутствуют)	Улучшенный источник водоснабжения	Улучшенный источник в помещении	Базовые услуги водоснабжения (улучшенные, есть вода, в помещении)	Ограниченные услуги водоснабжения (улучшенные, воды нет и/или не в помещении)	Услуги отсутствуют (неулучшенные или совсем отсутствуют)	Улучшенный источник водоснабжения	Улучшенный источник в помещении
Азербайджан	2016	9 725	55	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Андорра	2016	77	88	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Антигуа и Барбуда	2016	101	25	-	-	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Армения	2016	2 925	63	39	61	0	100	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Афганистан	2013	31 732	24	49	26	25	75	49	-	-	-	-	49	26	25	75	49	-
Бангладеш	2016	162 952	35	70	13	16	84	73	-	-	2	98	93	42	47	11	89	71
Бенин	2016	10 872	46	74	0	26	74	-	92	0	8	92	-	66	0	34	66	-
Бразилия	2016	207 653	86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Буркина-Фасо	2016	18 646	28	79	17	4	96	88	85	13	2	98	85	63	32	5	95	92
Бурунди	2016	10 524	12	73	13	13	87	73	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Бутан	2016	798	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Вьетнам	2016	94 569	35	51	46	3	97	51	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Гайана	2014	763	26	52	25	23	77	52	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Гаити	2016	10 847	53	-	-	14	86	59	-	-	8	92	92	-	-	16	84	55
Гамбия	2016	2 039	60	-	-	4	96	50	-	-	-	-	-	-	8	92	32	-
Гана	2016	28 207	55	71	26	3	97	92	79	12	9	91	91	71	23	6	94	94
Гвинея-Бисау	2016	1 816	43	-	-	8	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Гондурас	2016	9 113	56	58	42	1	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Гренада	2016	107	36	-	-	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Демократическая Республика Конго	2016	78 736	43	-	-	50	50	41	-	-	16	84	84	-	-	59	41	31
Джибути	2016	942	78	-	-	18	82	-	-	-	5	95	-	-	34	66	-	-
Египет	2010	84 108	43	77	18	5	95	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Замбия	2016	16 591	42	40	45	15	85	48	58	37	5	95	85	51	33	16	84	61
Западный берег реки Иордан и сектор Газа	2016	4 791	76	-	-	2	98	93	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Зимбабве	2016	16 150	32	81	13	6	94	94	89	5	5	95	95	80	14	7	93	92
Индия	2016	1 324 171	33	-	-	9	91	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Индонезия	2016	261 115	54	80	7	13	87	80	91	8	2	98	98	86	8	6	94	90
Камбоджа	2016	15 762	23	-	-	6	94	55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Камерун	2016	23 439	55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Кения	2016	48 462	26	66	18	17	83	72	68	28	4	96	84	63	30	6	94	73
Китай	2016	1 403 500	57	91	1	9	91	91	-	-	5	95	-	-	10	90	-	-

- = оценка отсутствует. NA = неприменимо. Неокругленные оценки см. в www.washtable.org.



СТРАНА, РАЙОН ИЛИ ТЕРРИТОРИЯ	Год	БОЛЬНИЦЫ					НЕ-БОЛЬНИЦЫ					ГОСУДАРСТВЕННЫЕ					НЕГОСУДАРСТВЕННЫЕ				
		Базовые услуги водоснабжения (улучшенные, есть вода, в помещении)	Ограниченные услуги водоснабжения (улучшенные, воды нет и/или не в помещении)	Услуги отсутствуют (неулучшенные или совсем отсутствуют)	Улучшенный источник водоснабжения	Улучшенный источник в помещении	Базовые услуги водоснабжения (улучшенные, есть вода, в помещении)	Ограниченные услуги водоснабжения (улучшенные, воды нет и/или не в помещении)	Услуги отсутствуют (неулучшенные или совсем отсутствуют)	Улучшенный источник водоснабжения	Улучшенный источник в помещении	Базовые услуги водоснабжения (улучшенные, есть вода, в помещении)	Ограниченные услуги водоснабжения (улучшенные, воды нет и/или не в помещении)	Услуги отсутствуют (неулучшенные или совсем отсутствуют)	Улучшенный источник водоснабжения	Улучшенный источник в помещении	Базовые услуги водоснабжения (улучшенные, есть вода, в помещении)	Ограниченные услуги водоснабжения (улучшенные, воды нет и/или не в помещении)	Услуги отсутствуют (неулучшенные или совсем отсутствуют)	Улучшенный источник водоснабжения	Улучшенный источник в помещении
Азербайджан	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Андорра	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Антигуа и Барбуда	2016	-	-	0	100	100	-	-	0	100	100	-	-	0	100	100	-	-	0	100	100
Армения	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Афганистан	2013	-	-	-	-	-	49	26	25	75	49	49	26	25	75	49	-	-	-	-	-
Бангладеш	2016	78	15	7	93	78	-	-	12	88	72	71	17	12	88	71	92	6	2	98	92
Бенин	2016	95	5	0	-	-	73	0	27	73	-	82	14	4	-	-	69	0	31	69	-
Бразилия	2016	-	-	-	-	-	89	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Буркина-Фасо	2016	88	10	2	98	97	70	25	5	95	83	75	22	4	96	94	-	-	1	99	44
Бурунди	2016	-	-	8	92	85	-	-	15	85	71	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Бутан	2016	57	43	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Вьетнам	2016	46	53	1	99	46	52	44	4	96	52	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Гайана	2014	72	11	18	82	76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Гаити	2016	-	-	4	96	78	-	-	15	85	56	-	-	15	85	58	-	-	12	88	60
Гамбия	2016	-	-	0	100	75	-	-	5	95	48	-	-	5	96	45	-	-	-	-	-
Гана	2016	85	12	4	96	90	63	27	10	90	90	77	22	1	99	99	40	34	25	75	55
Гвинея-Бисау	2016	-	-	-	-	-	-	-	7	93	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Гондурас	2016	-	-	-	-	-	52	47	1	99	98	58	42	1	99	99	-	-	-	-	-
Гренада	2016	-	-	0	100	100	-	-	0	100	100	-	-	0	100	100	-	-	0	100	100
Демократическая Республика Конго	2016	-	-	15	85	82	-	-	51	49	40	-	-	61	39	30	-	-	33	67	58
Джибути	2016	-	-	0	100	-	-	-	22	78	-	-	-	20	80	-	-	-	8	92	-
Египет	2010	84	16	0	100	99	76	18	6	94	91	77	17	6	94	91	79	21	0	100	99
Замбия	2016	58	40	2	98	82	51	34	16	84	68	36	45	19	81	38	49	47	4	96	79
Западный берег реки Иордан и сектор Газа	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Зимбабве	2016	90	6	5	95	95	80	14	6	94	93	81	14	6	94	93	81	13	7	93	93
Индия	2016	94	2	5	95	-	-	-	7	93	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Индонезия	2016	-	-	2	98	-	80	7	13	87	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Камбоджа	2016	-	-	0	100	63	-	-	12	88	47	-	-	6	94	55	-	-	-	-	-
Камерун	2016	57	37	7	93	57	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Кения	2016	57	35	8	92	82	63	16	21	79	75	62	26	13	87	70	71	4	25	75	74
Китай	2016	-	-	-	-	-	91	1	9	91	91	91	1	9	91	91	-	-	-	-	-

ПРИЛОЖЕНИЕ 3.1 | Страновые оценки водоснабжения

СТРАНА, РАЙОН ИЛИ ТЕРРИТОРИЯ	ВОДОСНАБЖЕНИЕ			В ЦЕЛОМ ПО СТРАНЕ					ГОРОДСКИЕ					СЕЛЬСКИЕ				
	Год	Население (тысяч человек)	% городского	Базовые услуги водоснабжения (улучшенные, есть вода, в помещении)	Ограниченные услуги водоснабжения (улучшенные, воды нет и/или не в помещении)	Услуги отсутствуют (неулучшенные или совсем отсутствуют)	Улучшенный источник водоснабжения	Улучшенный источник в помещении	Базовые услуги водоснабжения (улучшенные, есть вода, в помещении)	Ограниченные услуги водоснабжения (улучшенные, воды нет и/или не в помещении)	Услуги отсутствуют (неулучшенные или совсем отсутствуют)	Улучшенный источник водоснабжения	Улучшенный источник в помещении	Базовые услуги водоснабжения (улучшенные, есть вода, в помещении)	Ограниченные услуги водоснабжения (улучшенные, воды нет и/или не в помещении)	Услуги отсутствуют (неулучшенные или совсем отсутствуют)	Улучшенный источник водоснабжения	Улучшенный источник в помещении
Коморские Острова	2016	796	29	21	18	61	39	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Конго	2016	5 126	66	37	45	18	82	64	61	29	10	90	90	9	64	27	73	51
Кот-д'Ивуар	2016	23 696	50	57	29	14	86	71	64	23	13	87	87	-	-	-	-	-
Кувейт	2016	4 053	100	100	0	0	100	100	100	0	0	100	-	-	-	-	-	-
Кыргызстан	2016	5 956	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Лесото	2015	2 135	27	57	38	4	96	57	-	-	-	-	-	51	43	5	95	51
Либерия	2016	4 614	50	-	-	50	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ливан	2016	6 007	88	61	2	37	64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ливия	2016	6 293	80	-	-	28	72	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Литва	2016	2 908	67	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Маавритания	2016	4 301	52	81	8	11	89	-	88	8	4	-	-	60	27	13	-	-
Мадагаскар	2016	24 895	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Малави	2016	18 092	17	-	-	2	98	79	-	-	0	100	100	80	19	1	99	80
Мали	2016	17 995	41	-	-	11	89	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Мальдивские Острова	2016	428	39	55	43	2	98	55	25	75	0	100	-	55	42	2	98	55
Мозамбик	2016	28 829	35	-	-	20	80	-	-	-	-	-	-	55	31	15	85	66
Мьянма	2016	52 885	30	-	-	27	73	71	-	-	3	97	97	-	-	29	71	69
Намибия	2016	2 480	48	-	-	1	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Непал	2016	28 983	19	-	-	7	93	64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Нигер	2016	20 673	16	-	-	39	61	-	-	-	2	98	-	-	-	47	53	-
Нигерия	2016	185 990	49	50	15	36	64	50	-	-	31	69	-	-	-	43	57	-
Никарагуа	2014	6 014	58	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Объединенная Республика Танзания	2016	55 572	32	65	14	21	79	65	87	9	4	96	87	54	15	31	69	54
Папуа-Новая Гвинея	2016	8 085	13	70	24	6	94	88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Парагвай	2016	6 725	61	85	8	7	93	86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Перу	2016	31 774	78	46	36	18	82	71	-	-	5	95	91	-	-	22	78	55
Республика Молдова	2014	4 070	42	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Руанда	2016	11 918	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	64	34	3	97	91
Сан-Марино	2016	33	97	100	0	0	100	100	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-
Сенегал	2016	15 412	46	46	43	12	88	74	82	13	4	96	94	36	50	14	86	66
Сент-Винсент и Гренадины	2016	110	51	-	-	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-



СТРАНА, РАЙОН ИЛИ ТЕРРИТОРИЯ	Год	БОЛЬНИЦЫ					НЕ-БОЛЬНИЦЫ					ГОСУДАРСТВЕННЫЕ					НЕГОСУДАРСТВЕННЫЕ				
		Базовые услуги водоснабжения (улучшенные, есть вода, в помещении)	Ограниченные услуги водоснабжения (улучшенные, воды нет и/или не в помещении)	Услуги отсутствуют (неулучшенные или совсем отсутствуют)	Улучшенный источник водоснабжения	Улучшенный источник в помещении	Базовые услуги водоснабжения (улучшенные, есть вода, в помещении)	Ограниченные услуги водоснабжения (улучшенные, воды нет и/или не в помещении)	Услуги отсутствуют (неулучшенные или совсем отсутствуют)	Улучшенный источник водоснабжения	Улучшенный источник в помещении	Базовые услуги водоснабжения (улучшенные, есть вода, в помещении)	Ограниченные услуги водоснабжения (улучшенные, воды нет и/или не в помещении)	Услуги отсутствуют (неулучшенные или совсем отсутствуют)	Улучшенный источник водоснабжения	Улучшенный источник в помещении	Базовые услуги водоснабжения (улучшенные, есть вода, в помещении)	Ограниченные услуги водоснабжения (улучшенные, воды нет и/или не в помещении)	Услуги отсутствуют (неулучшенные или совсем отсутствуют)	Улучшенный источник водоснабжения	Улучшенный источник в помещении
Коморские Острова	2016	20	40	40	60	60	21	17	62	38	31	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Конго	2016	47	47	6	94	75	36	45	19	81	62	28	49	23	77	57	53	38	9	91	75
Кот-д'Ивуар	2016	-	-	-	-	-	42	38	19	81	61	62	28	11	89	79	-	-	-	-	-
Кувейт	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Кыргызстан	2016	70	24	6	94	70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Лесото	2015	86	14	0	100	86	54	41	5	95	54	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Либерия	2016	-	-	43	57	-	-	-	52	48	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ливан	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ливия	2016	-	-	14	86	-	-	-	24	76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Литва	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Мавритания	2016	95	3	3	-	-	78	15	7	-	-	77	14	9	-	-	88	10	2	-	-
Мадагаскар	2016	-	-	-	-	-	-	-	5	95	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Малави	2016	-	-	0	100	97	80	19	1	99	82	-	-	2	98	71	-	-	1	99	87
Мали	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Мальдивские Острова	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Мозамбик	2016	-	-	-	-	-	54	32	14	86	64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Мьянма	2016	-	-	2	98	95	-	-	31	69	68	-	-	28	72	70	-	-	-	-	-
Намибия	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Непал	2016	-	-	10	90	77	-	-	6	94	60	-	-	6	94	62	-	-	12	88	71
Нигер	2016	-	-	1	99	-	-	-	36	64	-	-	-	42	58	-	-	-	1	99	-
Нигерия	2016	-	-	13	87	-	-	-	43	57	-	-	-	40	60	-	-	-	19	81	-
Никарагуа	2014	86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Объединенная Республика Танзания	2016	86	14	0	100	86	64	14	21	79	64	57	15	28	72	57	85	11	4	96	85
Папуа-Новая Гвинея	2016	-	-	-	-	-	71	24	5	95	88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Парагвай	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	85	8	7	93	86	-	-	-	-	-
Перу	2016	-	-	-	-	-	45	27	28	72	57	46	27	27	73	58	-	-	-	-	-
Республика Молдова	2014	-	-	24	76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Руанда	2016	-	-	-	-	-	63	36	2	98	98	-	-	-	-	-	-	0	100	-	-
Сан-Марино	2016	100	0	0	100	100	100	0	0	100	100	100	0	0	100	100	100	0	0	100	100
Сенегал	2016	84	7	9	91	88	44	45	12	88	73	42	46	12	88	72	76	14	10	90	88
Сент-Винсент и Гренадины	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	100	100	-	-	-	-	-

ПРИЛОЖЕНИЕ 3.1 | Страновые оценки водоснабжения

СТРАНА, РАЙОН ИЛИ ТЕРРИТОРИЯ	ВОДОСНАБЖЕНИЕ			В ЦЕЛОМ ПО СТРАНЕ						ГОРОДСКИЕ					СЕЛЬСКИЕ				
	Год	Население (тысяч человек)	% городского	Базовые услуги водоснабжения (улучшенные, есть вода, в помещении)	Ограниченные услуги водоснабжения (улучшенные, воды нет и/или не в помещении)	Услуги отсутствуют (неулучшенные или совсем отсутствуют)	Улучшенный источник водоснабжения	Улучшенный источник в помещении	Базовые услуги водоснабжения (улучшенные, есть вода, в помещении)	Ограниченные услуги водоснабжения (улучшенные, воды нет и/или не в помещении)	Услуги отсутствуют (неулучшенные или совсем отсутствуют)	Улучшенный источник водоснабжения	Улучшенный источник в помещении	Базовые услуги водоснабжения (улучшенные, есть вода, в помещении)	Ограниченные услуги водоснабжения (улучшенные, воды нет и/или не в помещении)	Услуги отсутствуют (неулучшенные или совсем отсутствуют)	Улучшенный источник водоснабжения	Улучшенный источник в помещении	
Сент-Китс и Невис	2016	55	31	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Сербия	2016	8 820	56	96	4	0	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Соломоновы Острова	2014	576	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Сомали	2016	14 318	44	-	-	22	78	66	-	-	10	90	90	-	-	39	61	47	
Сьерра-Леоне	2016	7 396	41	-	-	26	74	74	-	-	16	84	84	-	-	9	91	70	
Тимор-Лешти	2016	1 269	30	-	-	4	96	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Того	2016	7 606	41	58	29	13	87	58	86	14	0	100	86	-	-	18	82	47	
Тринидад и Тобаго	2016	1 365	53	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Тунис	2016	11 403	68	-	-	5	95	91	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Уганда	2016	41 488	23	31	65	4	96	36	52	47	2	98	76	38	54	8	92	47	
Филиппины	2016	103 320	46	-	-	20	81	61	-	-	-	-	-	-	-	20	81	61	
Чад	2016	14 453	23	-	-	41	59	-	-	-	23	77	-	-	-	43	57	-	
Черногория	2016	629	66	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Чехия	2016	10 611	74	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Шри-Ланка	2016	20 798	18	99	0	1	99	99	100	0	0	100	100	99	0	1	99	99	
Эритрея	2012	4 561	36	-	-	14	86	77	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Эсватини	2016	1 343	23	-	-	0	100	88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Эстония	2016	1 312	69	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Эфиопия	2016	102 403	20	30	39	31	69	67	76	14	11	90	85	25	42	33	67	52	
Южная Африка	2016	56 015	65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Южный Судан	2016	12 231	19	-	-	36	64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	



СТРАНА, РАЙОН ИЛИ ТЕРРИТОРИЯ	Год	БОЛЬНИЦЫ					НЕ-БОЛЬНИЦЫ					ГОСУДАРСТВЕННЫЕ					НЕГОСУДАРСТВЕННЫЕ				
		Базовые услуги водоснабжения (улучшенные, есть вода, в помещении)	Ограниченные услуги водоснабжения (улучшенные, воды нет и/или не в помещении)	Услуги отсутствуют (неулучшенные или совсем отсутствуют)	Улучшенный источник водоснабжения	Улучшенный источник в помещении	Базовые услуги водоснабжения (улучшенные, есть вода, в помещении)	Ограниченные услуги водоснабжения (улучшенные, воды нет и/или не в помещении)	Услуги отсутствуют (неулучшенные или совсем отсутствуют)	Улучшенный источник водоснабжения	Улучшенный источник в помещении	Базовые услуги водоснабжения (улучшенные, есть вода, в помещении)	Ограниченные услуги водоснабжения (улучшенные, воды нет и/или не в помещении)	Услуги отсутствуют (неулучшенные или совсем отсутствуют)	Улучшенный источник водоснабжения	Улучшенный источник в помещении	Базовые услуги водоснабжения (улучшенные, есть вода, в помещении)	Ограниченные услуги водоснабжения (улучшенные, воды нет и/или не в помещении)	Услуги отсутствуют (неулучшенные или совсем отсутствуют)	Улучшенный источник водоснабжения	Улучшенный источник в помещении
Сент-Китс и Невис	2016	-	-	-	-	-	-	-	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	0	100	100
Сербия	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Соломоновы Острова	2014	67	33	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Сомали	2016	-	-	3	97	86	-	-	23	77	64	-	-	26	74	63	-	-	13	87	73
Сьерра-Леоне	2016	-	-	-	-	-	-	-	13	87	74	-	-	11	89	72	-	-	1	99	92
Тимор-Лешти	2016	-	-	0	100	100	-	-	4	96	91	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Того	2016	43	38	18	82	43	78	18	4	96	86	51	33	16	84	51	-	-	-	-	-
Тринидад и Тобаго	2016	-	-	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Тунис	2016	-	-	-	-	-	-	-	5	95	91	-	-	5	95	91	-	-	-	-	-
Уганда	2016	61	30	9	91	83	42	54	3	97	53	22	72	6	94	24	41	55	4	96	48
Филиппины	2016	-	-	-	-	-	-	-	20	81	61	-	-	20	81	61	-	-	-	-	-
Чад	2016	-	-	16	84	-	-	-	41	59	-	-	-	42	58	-	-	-	27	73	-
Черногория	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Чехия	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Шри-Ланка	2016	93	3	3	97	97	99	0	1	99	99	99	0	1	99	99	100	0	0	100	100
Эритрея	2012	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Эсватини	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Эстония	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Эфиопия	2016	87	8	5	95	95	41	30	29	71	53	23	48	29	71	70	73	22	5	95	92
Южная Африка	2016	-	-	-	-	-	-	-	0	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Южный Судан	2016	-	-	9	91	-	-	-	40	60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

ПРИЛОЖЕНИЕ 3.2 | Страновые оценки санитарии

СТРАНА, РАЙОН ИЛИ ТЕРРИТОРИЯ	САНИТАРИЯ			В ЦЕЛОМ ПО СТРАНЕ						ГОРОДСКИЕ						СЕЛЬСКИЕ					
	Год	Население (тысяч человек)	% городского	Базовые услуги санитарии (улучшенные, пригодные для пользования, отдельные для персонала, раздельные для мужчин и для женщин, с условиями для соблюдения требований гигиены во время менструаций и приспособленные для лиц с ограниченной подвижностью)	Ограниченные услуги санитарии (улучшенные, не соответствуют всем критериям базового уровня)	Услуги санитарии отсутствуют (сооружения отсутствуют или неуполноценные)	Улучшенные	Улучшенные и пригодные для пользования	Базовые услуги санитарии (улучшенные, пригодные для пользования, отдельные для персонала, раздельные для мужчин и для женщин, с условиями для соблюдения требований гигиены во время менструаций и приспособленные для лиц с ограниченной подвижностью)	Ограниченные услуги санитарии (улучшенные, не соответствуют всем критериям базового уровня)	Услуги санитарии отсутствуют (сооружения отсутствуют или неуполноценные)	Улучшенные	Улучшенные и пригодные для пользования	Базовые услуги санитарии (улучшенные, пригодные для пользования, отдельные для персонала, раздельные для мужчин и для женщин, с условиями для соблюдения требований гигиены во время менструаций и приспособленные для лиц с ограниченной подвижностью)	Ограниченные услуги санитарии (улучшенные, не соответствуют всем критериям базового уровня)	Услуги санитарии отсутствуют (сооружения отсутствуют или неуполноценные)	Улучшенные	Улучшенные и пригодные для пользования			
Азербайджан	2016	9 725	55	48	52	0	100	98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Андорра	2016	77	88	-	-	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Антигуа и Барбуда	2016	101	25	-	-	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Армения	2016	2 925	63	41	40	19	81	62	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Афганистан	2013	31 732	24	-	-	37	63	-	-	-	-	-	-	-	-	37	63	-	-		
Бангладеш	2016	162 952	35	-	-	7	93	71	-	-	3	97	97	-	-	6	94	84	-		
Барбадос	2016	285	31	-	-	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Бенин	2016	10 872	46	-	-	9	91	-	-	-	11	89	-	-	-	7	93	-	-		
Боливия (Многонациональное Государство)	2016	10 888	69	-	-	7	93	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Бразилия	2016	207 653	86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Буркина-Фасо	2016	18 646	28	-	-	6	94	-	-	-	4	96	-	-	-	6	94	-	-		
Бурунди	2016	10 524	12	-	-	7	93	86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Вьетнам	2016	94 569	35	-	-	4	96	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Гаити	2016	10 847	53	-	-	18	82	69	-	-	10	90	90	-	-	23	77	77	-		
Гана	2016	28 207	55	-	-	17	83	83	-	-	15	85	85	-	-	19	81	81	-		
Гвинея-Бисау	2016	1 816	43	-	-	41	59	49	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Гондурас	2016	9 113	56	1	95	4	96	84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Гренада	2016	107	36	-	-	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Демократическая Республика Конго	2016	78 736	43	-	-	59	41	29	-	-	19	81	52	-	-	69	31	23	-		
Джибути	2016	942	78	-	-	5	95	-	-	-	0	100	-	-	-	11	89	-	-		
Египет	2010	84 108	43	-	-	9	91	82	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Замбия	2016	16 591	42	-	-	7	93	91	-	-	3	97	97	1	90	9	91	85	-		
Западный берег реки Иордан и сектор Газа	2016	4 791	76	-	-	0	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Зимбабве	2016	16 150	32	17	83	0	100	72	24	74	2	98	24	16	84	0	100	79	-		
Индия	2016	1 324 171	33	-	-	45	55	-	-	-	-	-	-	-	-	35	65	-	-		
Индонезия	2016	261 115	54	-	-	13	87	-	-	-	1	99	-	-	-	1	99	-	-		

- = оценка отсутствует. NA = неприменимо. Неокругленные оценки см. в www.washdata.org.



СТРАНА, РАЙОН ИЛИ ТЕРРИТОРИЯ	Год	БОЛЬНИЦЫ					НЕ-БОЛЬНИЦЫ					ГОСУДАРСТВЕННЫЕ					НЕГОСУДАРСТВЕННЫЕ				
		Базовые услуги санитарии (улучшенные, пригодные для пользования, отдельные для персонала, раздельные для мужчин и для женщин, с условиями для соблюдения требований гигиены во время менструации и приспособленные для лиц с ограниченной подвижностью)	Ограниченные услуги санитарии (улучшенные, не соответствуют всем критериям базового уровня)	Услуги санитарии отсутствуют (сооружения отсутствуют или неуполученные)	Улучшенные	Улучшенные и пригодные для пользования	Базовые услуги санитарии (улучшенные, пригодные для пользования, отдельные для персонала, раздельные для мужчин и для женщин, с условиями для соблюдения требований гигиены во время менструации и приспособленные для лиц с ограниченной подвижностью)	Ограниченные услуги санитарии (улучшенные, не соответствуют всем критериям базового уровня)	Услуги санитарии отсутствуют (сооружения отсутствуют или неуполученные)	Улучшенные	Улучшенные и пригодные для пользования	Базовые услуги санитарии (улучшенные, пригодные для пользования, отдельные для персонала, раздельные для мужчин и для женщин, с условиями для соблюдения требований гигиены во время менструации и приспособленные для лиц с ограниченной подвижностью)	Ограниченные услуги санитарии (улучшенные, не соответствуют всем критериям базового уровня)	Услуги санитарии отсутствуют (сооружения отсутствуют или неуполученные)	Улучшенные	Улучшенные и пригодные для пользования	Базовые услуги санитарии (улучшенные, пригодные для пользования, отдельные для персонала, раздельные для мужчин и для женщин, с условиями для соблюдения требований гигиены во время менструации и приспособленные для лиц с ограниченной подвижностью)	Ограниченные услуги санитарии (улучшенные, не соответствуют всем критериям базового уровня)	Услуги санитарии отсутствуют (сооружения отсутствуют или неуполученные)	Улучшенные	Улучшенные и пригодные для пользования
Азербайджан	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Андорра	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Антигуа и Барбуда	2016	-	-	0	100	100	-	-	-	-	-	-	0	100	100	-	-	0	100	100	-
Армения	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Афганистан	2013	-	-	-	-	-	-	37	63	-	-	37	63	-	-	-	-	-	-	-	-
Бангладеш	2016	62	33	5	95	93	-	10	90	90	-	10	90	90	-	-	3	97	97	-	-
Барбадос	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-
Бенин	2016	-	-	1	99	-	-	9	91	-	-	8	92	-	-	-	12	88	-	-	-
Боливия (Многонациональное Государство)	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Бразилия	2016	-	-	-	-	-	24	75	1	99	86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Буркина-Фасо	2016	-	-	-	-	-	-	6	94	-	-	5	95	-	-	6	94	-	-	-	-
Бурунди	2016	-	-	3	97	94	-	8	92	84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Вьетнам	2016	-	-	1	99	97	-	5	95	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Гаити	2016	-	-	7	93	90	-	20	80	66	-	18	82	61	-	-	18	82	76	-	-
Гана	2016	-	-	0	100	100	-	20	80	80	-	11	89	89	-	-	25	75	75	-	-
Гвинея-Бисау	2016	-	-	-	-	-	-	43	57	47	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Гондурас	2016	-	-	-	-	-	0	95	5	95	82	1	95	4	96	84	-	-	-	-	-
Гренада	2016	-	-	0	100	100	-	-	-	-	-	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-
Демократическая Республика Конго	2016	-	-	18	82	44	-	61	39	29	-	70	30	24	-	-	44	56	37	-	-
Джибути	2016	-	-	0	100	-	-	6	94	-	-	6	94	-	-	0	100	-	-	-	-
Египет	2010	-	-	5	95	89	-	9	91	81	-	10	90	80	-	-	2	98	97	-	-
Замбия	2016	-	-	0	100	100	1	92	7	93	90	-	10	90	80	-	2	98	98	-	-
Западный берег реки Иордан и сектор Газа	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Зимбабве	2016	36	64	0	100	36	14	86	0	100	78	21	80	0	100	74	15	85	0	100	72
Индия	2016	-	-	17	83	83	-	39	61	-	-	23	77	-	-	-	63	37	-	-	-
Индонезия	2016	-	-	-	-	-	-	13	87	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

ПРИЛОЖЕНИЕ 3.2 | Страновые оценки санитарии

СТРАНА, РАЙОН ИЛИ ТЕРРИТОРИЯ	САНИТАРИЯ			В ЦЕЛОМ ПО СТРАНЕ					ГОРОДСКИЕ					СЕЛЬСКИЕ				
	Год	Население (тысяч человек)	% городского	Базовые услуги санитарии (улучшенные, пригодные для пользования, отдельные для персонала, раздельные для мужчин и для женщин, с условиями для соблюдения требований гигиены во время менструаций и приспособленные для лиц с ограниченной подвижностью)	Ограниченные услуги санитарии (улучшенные, не соответствующие всем критериям базового уровня)	Услуги санитарии отсутствуют (сооружения отсутствуют или неуполноценные)	Улучшенные	Улучшенные и пригодные для пользования	Базовые услуги санитарии (улучшенные, пригодные для пользования, отдельные для персонала, раздельные для мужчин и для женщин, с условиями для соблюдения требований гигиены во время менструаций и приспособленные для лиц с ограниченной подвижностью)	Ограниченные услуги санитарии (улучшенные, не соответствующие всем критериям базового уровня)	Услуги санитарии отсутствуют (сооружения отсутствуют или неуполноценные)	Улучшенные	Улучшенные и пригодные для пользования	Базовые услуги санитарии (улучшенные, пригодные для пользования, отдельные для персонала, раздельные для мужчин и для женщин, с условиями для соблюдения требований гигиены во время менструаций и приспособленные для лиц с ограниченной подвижностью)	Ограниченные услуги санитарии (улучшенные, не соответствующие всем критериям базового уровня)	Услуги санитарии отсутствуют (сооружения отсутствуют или неуполноценные)	Улучшенные	Улучшенные и пригодные для пользования
Камбоджа	2016	15 762	23	-	-	2	98	98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Кения	2016	48 462	26	-	-	14	86	86	-	-	3	97	97	10	88	1	99	84
Китай	2016	1 403 500	57	-	-	3	97	83	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Колумбия	2016	48 653	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Коморские Острова	2016	796	29	2	49	49	51	38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Конго	2016	5 126	66	-	-	2	98	96	-	-	3	97	94	-	-	0	100	99
Кувейт	2016	4 053	100	100	0	0	100	100	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-
Кыргызстан	2016	5 956	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Лаосская Народно-Демократическая Республика	2016	6 758	34	-	-	-	-	68	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Лесото	2015	2 135	27	0	97	3	97	43	-	-	-	-	-	0	97	3	97	41
Либерия	2016	4 614	50	3	73	24	76	76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ливан	2016	6 007	88	16	66	18	83	83	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ливия	2016	6 293	80	-	-	5	95	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Литва	2016	2 908	67	-	-	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Мавритания	2016	4 301	52	-	-	20	80	-	-	-	7	93	-	-	-	48	52	-
Мадагаскар	2016	24 895	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Малави	2016	18 092	17	-	-	11	89	86	-	-	4	96	96	-	-	7	93	89
Мали	2016	17 995	41	-	-	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Мальдивские Острова	2016	428	39	15	85	0	100	99	50	50	0	100	100	13	87	0	100	99
Мозамбик	2016	28 829	35	-	-	43	57	-	-	-	-	-	-	2	61	37	63	61
Мьянма	2016	52 885	30	-	-	16	84	-	-	-	0	100	-	-	-	17	83	-
Намибия	2016	2 480	48	-	-	9	91	81	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Непал	2016	28 983	19	-	-	8	92	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Нигер	2016	20 673	16	-	-	13	87	26	-	-	2	98	64	-	-	17	83	21
Нигерия	2016	185 990	49	12	47	41	59	49	-	-	53	47	44	-	-	72	28	27
Никарагуа	2016	6 150	58	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	92	-



СТРАНА, РАЙОН ИЛИ ТЕРРИТОРИЯ	Год	БОЛЬНИЦЫ					НЕ-БОЛЬНИЦЫ					ГОСУДАРСТВЕННЫЕ			НЕГОСУДАРСТВЕННЫЕ						
		Базовые услуги санитарии (улучшенные, пригодные для пользования, отдельные для персонала, раздельные для мужчин и для женщин, с условиями для соблюдения требований гигиены во время менструации и приспособленные для лиц с ограниченной подвижностью)	Ограниченные услуги санитарии (улучшенные, не соответствующие всем критериям базового уровня)	Услуги санитарии отсутствуют (сооружения отсутствуют или неуполученные)	Улучшенные	Улучшенные и пригодные для пользования	Базовые услуги санитарии (улучшенные, пригодные для пользования, отдельные для персонала, раздельные для мужчин и для женщин, с условиями для соблюдения требований гигиены во время менструации и приспособленные для лиц с ограниченной подвижностью)	Ограниченные услуги санитарии (улучшенные, не соответствующие всем критериям базового уровня)	Услуги санитарии отсутствуют (сооружения отсутствуют или неуполученные)	Улучшенные	Улучшенные и пригодные для пользования	Базовые услуги санитарии (улучшенные, пригодные для пользования, отдельные для персонала, раздельные для мужчин и для женщин, с условиями для соблюдения требований гигиены во время менструации и приспособленные для лиц с ограниченной подвижностью)	Ограниченные услуги санитарии (улучшенные, не соответствующие всем критериям базового уровня)	Услуги санитарии отсутствуют (сооружения отсутствуют или неуполученные)	Улучшенные	Улучшенные и пригодные для пользования	Базовые услуги санитарии (улучшенные, пригодные для пользования, отдельные для персонала, раздельные для мужчин и для женщин, с условиями для соблюдения требований гигиены во время менструации и приспособленные для лиц с ограниченной подвижностью)	Ограниченные услуги санитарии (улучшенные, не соответствующие всем критериям базового уровня)	Услуги санитарии отсутствуют (сооружения отсутствуют или неуполученные)	Улучшенные	Улучшенные и пригодные для пользования
Камбоджа	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	98	98	-	-	-	-	-	-
Кения	2016	-	-	8	92	92	8	77	15	85	73	-	9	91	91	-	-	20	80	80	-
Китай	2016	-	-	-	-	-	-	-	3	97	83	-	3	97	83	-	-	-	-	-	-
Колумбия	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100	-	-
Коморские Острова	2016	20	80	0	100	60	1	47	52	48	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Конго	2016	-	-	2	98	97	-	-	2	98	96	-	1	99	98	-	-	3	97	94	-
Кувейт	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Кыргызстан	2016	-	-	0	100	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Лаосская Народно-Демократическая Республика	2016	-	-	-	-	55	-	-	-	-	75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Лесото	2015	0	100	0	100	57	0	97	3	97	41	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Либерия	2016	4	95	1	99	92	3	91	6	94	85	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ливан	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ливия	2016	-	-	11	89	-	-	-	8	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Литва	2016	-	-	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Мавритания	2016	-	-	2	98	-	-	-	31	69	-	-	33	67	-	-	-	8	92	-	-
Мадагаскар	2016	-	-	-	-	-	-	-	0	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Малави	2016	-	-	4	96	96	-	-	6	94	87	-	13	87	87	-	-	8	92	92	-
Мали	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Мальдивские Острова	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Мозамбик	2016	-	-	-	-	-	2	65	33	67	67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Мьянма	2016	-	-	0	100	-	-	-	18	82	-	-	16	84	-	-	-	-	-	-	-
Намибия	2016	-	-	13	87	74	-	-	8	92	84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Непал	2016	-	-	9	91	91	-	-	8	92	92	-	7	93	93	-	-	12	88	88	-
Нигер	2016	-	-	5	95	-	-	-	14	86	-	-	14	86	22	-	-	1	99	-	-
Нигерия	2016	-	-	39	61	60	-	-	69	31	29	-	66	34	32	-	-	46	54	53	-
Никарагуа	2016	-	-	-	-	-	-	-	9	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-



СТРАНА, РАЙОН ИЛИ ТЕРРИТОРИЯ	Год	БОЛЬНИЦЫ					НЕ-БОЛЬНИЦЫ					ГОСУДАРСТВЕННЫЕ					НЕГОСУДАРСТВЕННЫЕ				
		Базовые услуги санитарии (улучшенные, пригодные для пользования, отдельные для персонала, раздельные для мужчин и для женщин, с условиями для соблюдения требований гигиены во время менструации и приспособленные для лиц с ограниченной подвижностью)	Ограниченные услуги санитарии (улучшенные, не соответствуют всем критериям базового уровня)	Услуги санитарии отсутствуют (сооружения отсутствуют или неуполученные)	Улучшенные	Улучшенные и пригодные для пользования	Базовые услуги санитарии (улучшенные, пригодные для пользования, отдельные для персонала, раздельные для мужчин и для женщин, с условиями для соблюдения требований гигиены во время менструации и приспособленные для лиц с ограниченной подвижностью)	Ограниченные услуги санитарии (улучшенные, не соответствуют всем критериям базового уровня)	Услуги санитарии отсутствуют (сооружения отсутствуют или неуполученные)	Улучшенные	Улучшенные и пригодные для пользования	Базовые услуги санитарии (улучшенные, пригодные для пользования, отдельные для персонала, раздельные для мужчин и для женщин, с условиями для соблюдения требований гигиены во время менструации и приспособленные для лиц с ограниченной подвижностью)	Ограниченные услуги санитарии (улучшенные, не соответствуют всем критериям базового уровня)	Услуги санитарии отсутствуют (сооружения отсутствуют или неуполученные)	Улучшенные	Улучшенные и пригодные для пользования	Базовые услуги санитарии (улучшенные, пригодные для пользования, отдельные для персонала, раздельные для мужчин и для женщин, с условиями для соблюдения требований гигиены во время менструации и приспособленные для лиц с ограниченной подвижностью)	Ограниченные услуги санитарии (улучшенные, не соответствуют всем критериям базового уровня)	Услуги санитарии отсутствуют (сооружения отсутствуют или неуполученные)	Улучшенные	Улучшенные и пригодные для пользования
Объединенная Республика Танзания	2016	8	68	24	76	76	4	45	50	50	50	3	45	51	49	49	6	66	28	72	72
Папуа-Новая Гвинея	2016	-	-	-	-	-	-	-	33	67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Парагвай	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26	62	12	88	63	-	-	-	-	-
Перу	2016	-	-	-	-	-	5	84	11	89	82	7	83	10	90	83	-	-	-	-	-
Руанда	2016	-	-	-	-	-	-	-	3	97	89	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Сан-Марино	2016	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-	100	0	0	100	100	-	-	0	100	100
Сейшельские Острова	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Сенегал	2016	-	-	9	91	91	-	-	12	88	88	-	-	12	88	88	-	-	11	89	89
Сент-Винцент и Гренадины	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	100	100	-	-	-	-	-
Сент-Китс и Невис	2016	-	-	0	100	100	-	-	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Сент-Люсия	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	100	100	-	-	-	-	-
Сербия	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Сомали	2016	-	-	10	90	-	-	-	25	75	-	-	-	29	71	-	-	-	12	88	-
Сьерра-Леоне	2016	-	-	-	-	-	-	-	15	85	85	-	-	16	84	84	-	-	2	98	98
Таджикистан	2012	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Тимор-Лешти	2016	-	-	0	100	100	-	-	4	96	93	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Того	2016	-	-	36	64	62	-	-	24	76	72	-	-	28	72	64	-	-	-	-	-
Уганда	2016	-	-	2	98	98	4	87	9	91	88	11	78	11	89	86	11	83	6	94	92
Филиппины	2016	-	-	-	-	-	-	-	5	95	-	-	-	5	95	-	-	-	-	-	-
Чад	2016	-	-	7	93	-	-	-	29	71	-	-	-	23	77	-	-	-	31	69	-
Черногория	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Чехия	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Шри-Ланка	2016	-	-	1	99	99	-	-	12	88	88	-	-	8	92	92	-	-	0	100	100
Эритрея	2012	-	-	20	80	59	-	-	17	83	66	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Эстония	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Эфиопия	2016	79	14	6	94	90	3	69	28	72	66	59	17	24	76	76	89	6	5	95	94
Южный Судан	2016	-	-	6	94	88	-	-	9	91	82	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

ПРИЛОЖЕНИЕ 3.3

Страновые оценки гигиены

СТРАНА, РАЙОН ИЛИ ТЕРРИТОРИЯ	ГИГИЕНА			В ЦЕЛОМ ПО СТРАНЕ						ГОРОДСКИЕ						СЕЛЬСКИЕ					
	Год	Население (тысяч человек)	% городского	Базовые средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи и вода и мыло в туалетах)	Ограниченные средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи или в туалетах)	Средства гигиены отсутствуют (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи и в туалетах)	Материалы для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи	Приспособления для мытья рук вблизи туалетов	Базовые средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи и вода и мыло в туалетах)	Ограниченные средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи или в туалетах)	Средства гигиены отсутствуют (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи и в туалетах)	Материалы для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи	Приспособления для мытья рук вблизи туалетов	Базовые средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи и вода и мыло в туалетах)	Ограниченные средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи или в туалетах)	Средства гигиены отсутствуют (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи и в туалетах)	Материалы для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи	Приспособления для мытья рук вблизи туалетов			
Азербайджан	2016	9 725	55	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Антигуа и Барбуда	2016	101	25	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Армения	2016	2 925	63	69	-	-	94	69	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Афганистан	2013	31 732	24	-	-	-	-	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28			
Бангладеш	2016	162 952	35	-	-	-	54	-	-	-	-	90	-	-	-	-	47	-			
Бенин	2016	10 872	46	-	-	-	90	-	-	-	-	95	-	-	-	-	87	-			
Буркина-Фасо	2016	18 646	28	-	-	0	91	-	-	-	0	91	-	-	-	0	95	-			
Бурунди	2016	10 524	12	-	-	-	93	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Бутан	2016	798	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Гаити	2016	10 847	53	-	-	-	71	-	-	-	-	73	-	-	-	-	70	-			
Гамбия	2016	2 039	60	-	-	-	85	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Гана	2016	28 207	55	-	-	0	92	-	-	-	0	94	-	-	-	0	89	-			
Гвинея-Бисау	2016	1 816	43	-	-	-	-	57	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Гренада	2016	107	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Демократическая Республика Конго	2016	78 736	43	-	-	-	62	-	-	-	-	83	-	-	-	-	57	-			
Джибути	2016	942	78	-	-	-	35	-	-	-	-	45	-	-	-	-	24	-			
Египет	2010	84 108	43	9	91	0	63	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Замбия	2016	16 591	42	-	-	-	80	-	-	-	-	83	-	-	-	-	53	-			
Зимбабве	2016	16 150	32	58	32	10	81	-	70	25	5	83	-	57	33	11	81	-			
Индия	2016	1 324 171	33	-	-	42	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Индонезия	2016	261 115	54	-	-	1	80	-	-	-	1	83	-	-	-	1	77	-			
Камбоджа	2016	15 762	23	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Камерун	2016	23 439	55	-	-	-	71	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Кения	2016	48 462	26	-	-	0	77	-	-	-	0	81	-	-	-	0	74	-			

- = оценка отсутствует. NA = неприменимо. Неокругленные оценки см. в www.washtable.org.



	СТРАНА, РАЙОН ИЛИ ТЕРРИТОРИЯ	Год	БОЛЬНИЦЫ					НЕ-БОЛЬНИЦЫ					ГОСУДАРСТВЕННЫЕ			НЕГОСУДАРСТВЕННЫЕ						
			Базовые средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи и вода и мыло в туалетах)	Ограниченные средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи или в туалетах)	Средства гигиены отсутствуют (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи и в туалетах)	Материалы для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи	Приспособления для мытья рук вблизи туалетов	Базовые средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи и вода и мыло в туалетах)	Ограниченные средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи или в туалетах)	Средства гигиены отсутствуют (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи и в туалетах)	Материалы для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи	Приспособления для мытья рук вблизи туалетов	Базовые средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи и вода и мыло в туалетах)	Ограниченные средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи или в туалетах)	Средства гигиены отсутствуют (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи и в туалетах)	Материалы для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи	Приспособления для мытья рук вблизи туалетов					
	Азербайджан	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
	Антигуа и Барбуда	2016	-	-	-	100	-	-	-	100	-	-	-	100	-	-	-	100	-			
	Армения	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
	Афганистан	2013	-	-	-	-	-	-	-	-	28	-	-	28	-	-	-	-	-			
	Бангладеш	2016	-	-	-	69	-	-	-	51	-	-	-	51	-	-	-	90	-			
	Бенин	2016	-	-	-	100	-	-	-	89	-	-	-	89	-	-	-	92	-			
	Буркина-Фасо	2016	-	-	0	90	-	-	0	91	-	-	0	90	-	-	-	97	-			
	Бурунди	2016	-	-	-	96	-	-	-	93	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
	Бутан	2016	57	-	-	93	57	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
	Гаити	2016	-	-	-	80	-	-	-	70	-	-	-	64	-	-	-	75	-			
	Гамбия	2016	-	-	-	100	-	-	-	83	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
	Гана	2016	-	-	0	87	-	-	0	96	-	-	0	92	-	-	-	-	-			
	Гвинея-Бисау	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	59	-	-	-	-	-	-	-	-			
	Гренада	2016	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-			
	Демократическая Республика Конго	2016	-	-	-	89	-	-	-	61	-	-	-	55	-	-	-	74	-			
	Джибути	2016	-	-	-	64	-	-	-	29	-	-	-	31	-	-	-	61	-			
	Египет	2010	4	96	0	65	5	10	90	0	63	11	6	94	0	62	6	27	73	0	71	30
	Замбия	2016	-	-	-	91	-	-	-	61	-	-	-	80	-	-	-	84	-	-	-	-
	Зимбабве	2016	56	35	9	80	-	59	32	10	81	-	53	35	12	78	-	61	31	9	96	-
	Индия	2016	76	0	24	99	78	-	-	50	-	-	-	39	-	-	-	-	-	62	-	-
	Индонезия	2016	-	-	1	88	-	-	-	1	78	-	-	-	1	82	-	-	-	2	70	-
	Камбоджа	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-
	Камерун	2016	-	-	-	76	-	-	-	-	-	-	-	71	-	-	-	-	-	89	-	-
	Кения	2016	-	-	0	80	-	-	-	1	76	-	-	-	0	76	-	-	-	-	79	-

ПРИЛОЖЕНИЕ 3.3

Страновые оценки гигиены

СТРАНА, РАЙОН ИЛИ ТЕРРИТОРИЯ	ГИГИЕНА			В ЦЕЛОМ ПО СТРАНЕ						ГОРОДСКИЕ						СЕЛЬСКИЕ					
	Год	Население (тысяч человек)	% городского	Базовые средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи и вода и мыло в туалетах)	Ограниченные средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи или в туалетах)	Средства гигиены отсутствуют (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи и в туалетах)	Материалы для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи	Приспособления для мытья рук вблизи туалетов	Базовые средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи и вода и мыло в туалетах)	Ограниченные средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи или в туалетах)	Средства гигиены отсутствуют (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи и в туалетах)	Материалы для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи	Приспособления для мытья рук вблизи туалетов	Базовые средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи и вода и мыло в туалетах)	Ограниченные средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи или в туалетах)	Средства гигиены отсутствуют (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи и в туалетах)	Материалы для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи	Приспособления для мытья рук вблизи туалетов			
Китай	2016	1 403 500	57	36	64	0	36	67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Коморские Острова	2016	796	29	-	-	-	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Конго	2016	5 126	66	-	-	-	61	-	-	-	61	-	-	-	-	61	-	-			
Кот-д'Ивуар	2016	23 696	50	-	-	2	77	-	-	4	77	-	-	-	-	-	-	-			
Кувейт	2016	4 053	100	100	0	0	100	100	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-			
Кыргызстан	2016	5 956	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Лаосская Народно-Демократическая Республика	2016	6 758	34	-	-	-	79	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Либерия	2016	4 614	50	36	-	-	53	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Ливан	2016	6 007	88	-	-	1	-	93	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Ливия	2016	6 293	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Литва	2016	2 908	67	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Мавритания	2016	4 301	52	-	-	-	84	-	-	-	92	-	-	-	-	64	-	-			
Мадагаскар	2016	24 895	36	-	-	-	43	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Малави	2016	18 092	17	-	-	-	73	-	-	-	85	-	-	-	-	53	-	-			
Мальдивские Острова	2016	428	39	80	20	0	88	86	75	25	0	100	75	80	20	0	88	86			
Мозамбик	2016	28 829	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	29	-	-			
Монголия	2016	3 027	68	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Мьянма	2016	52 885	30	-	-	-	91	-	-	-	100	-	-	-	-	90	-	-			
Намибия	2016	2 480	48	-	-	-	81	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Непал	2016	28 983	19	-	-	-	46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Нигер	2016	20 673	16	-	-	0	68	-	-	-	0	80	-	-	1	58	-	-			
Нигерия	2016	185 990	49	43	44	13	63	43	-	-	2	72	-	-	0	56	-	-			
Никарагуа	2016	6 150	58	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24	-	-			
Объединенная Республика Танзания	2016	55 572	32	35	-	-	66	35	61	-	-	81	61	21	-	-	59	21			



	СТРАНА, РАЙОН ИЛИ ТЕРРИТОРИЯ	Год	БОЛЬНИЦЫ					НЕ-БОЛЬНИЦЫ					ГОСУДАРСТВЕННЫЕ			НЕГОСУДАРСТВЕННЫЕ						
			Базовые средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи и вода и мыло в туалетах)	Ограниченные средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи или в туалетах)	Средства гигиены отсутствуют (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи и в туалетах)	Материалы для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи	Приспособления для мытья рук вблизи туалетов	Базовые средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи и вода и мыло в туалетах)	Ограниченные средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи или в туалетах)	Средства гигиены отсутствуют (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи и в туалетах)	Материалы для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи	Приспособления для мытья рук вблизи туалетов	Базовые средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи и вода и мыло в туалетах)	Ограниченные средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи или в туалетах)	Средства гигиены отсутствуют (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи и в туалетах)	Материалы для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи	Приспособления для мытья рук вблизи туалетов					
	Китай	2016	-	-	-	-	-	36	64	0	36	67	36	64	0	36	67	-	-	-	-	-
	Коморские Острова	2016	-	-	-	40	-	-	-	-	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Конго	2016	-	-	-	63	-	-	-	-	61	-	-	-	58	-	-	-	-	-	65	-
	Кот-д'Ивуар	2016	-	-	-	-	-	-	-	4	72	-	-	0	81	-	-	-	-	-	-	-
	Кувейт	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Кыргызстан	2016	62	-	-	74	71	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Лаосская Народно-Демократическая Республика	2016	-	-	-	60	-	-	-	-	89	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Либерия	2016	-	-	-	45	-	-	-	-	55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Ливан	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Ливия	2016	-	-	-	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Литва	2016	100	0	0	100	100	99	-	-	99	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Мавритания	2016	-	-	-	100	-	-	-	-	76	-	-	-	73	-	-	-	-	-	97	-
	Мадагаскар	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	43	-	-	-	43	-	-	-	-	-	-	-
	Малави	2016	-	-	-	90	-	-	-	-	60	-	-	-	58	-	-	-	-	-	86	-
	Мальдивские Острова	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Мозамбик	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Монголия	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Мьянма	2016	-	-	-	100	-	-	-	-	90	-	-	-	91	-	-	-	-	-	-	-
	Намибия	2016	-	-	-	86	-	-	-	-	75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Непал	2016	-	-	-	70	-	-	-	-	43	-	-	-	43	-	-	-	-	-	73	-
	Нигер	2016	-	-	-	86	-	-	0	66	-	-	-	0	68	-	-	-	-	-	90	-
	Нигерия	2016	-	-	1	77	-	-	-	1	59	-	-	-	1	62	-	-	-	1	73	-
	Никарагуа	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Объединенная Республика Танзания	2016	58	-	-	89	58	33	-	-	65	33	24	-	58	24	57	-	-	85	57	

ПРИЛОЖЕНИЕ 3.3

Страновые оценки гигиены

СТРАНА, РАЙОН ИЛИ ТЕРРИТОРИЯ	ГИГИЕНА			В ЦЕЛОМ ПО СТРАНЕ						ГОРОДСКИЕ						СЕЛЬСКИЕ					
	Год	Население (тысяч человек)	% городского	Базовые средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи и вода и мыло в туалетах)	Ограниченные средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи или в туалетах)	Средства гигиены отсутствуют (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи и в туалетах)	Материалы для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи	Приспособления для мытья рук вблизи туалетов	Базовые средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи и вода и мыло в туалетах)	Ограниченные средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи или в туалетах)	Средства гигиены отсутствуют (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи и в туалетах)	Материалы для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи	Приспособления для мытья рук вблизи туалетов	Базовые средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи и вода и мыло в туалетах)	Ограниченные средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи или в туалетах)	Средства гигиены отсутствуют (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи и в туалетах)	Материалы для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи	Приспособления для мытья рук вблизи туалетов			
Папуа-Новая Гвинея	2016	8 085	13	-	-	-	98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Парагвай	2016	6 725	61	-	-	-	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Перу	2016	31 774	78	-	-	-	74	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Руанда	2016	11 918	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	70	-			
Сан-Марино	2016	33	97	100	0	0	100	100	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-			
Сенегал	2016	15 412	46	-	-	-	93	-	-	-	-	94	-	-	-	-	81	-			
Сент-Винсент и Гренадины	2016	110	51	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Сент-Китс и Невис	2010	51	31	-	-	-	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Сербия	2016	8 820	56	100	-	-	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Сомали	2016	14 318	44	-	-	-	58	-	-	-	-	77	-	-	-	-	30	-			
Сьерра-Леоне	2016	7 396	41	-	-	-	85	-	-	-	-	90	-	-	-	-	85	-			
Того	2016	7 606	41	-	-	-	91	-	-	-	-	95	-	-	-	-	-	-			
Тринидад и Тобаго	2010	1 328	54	-	-	-	84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Тунис	2016	11 403	68	-	-	-	46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Уганда	2016	41 488	23	-	-	1	84	-	-	-	1	87	-	-	-	1	85	-			
Чад	2016	14 453	23	-	-	-	78	-	-	-	-	92	-	-	-	-	80	-			
Черногория	2016	629	66	100	-	-	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Чехия	2016	10 611	74	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Шри-Ланка	2016	20 798	18	-	-	-	91	-	-	-	-	98	-	-	-	-	89	-			
Эстония	2016	1 312	69	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Эфиопия	2016	102 403	20	-	-	2	52	-	-	-	1	64	-	-	-	3	33	-			
Южный Судан	2016	12 231	19	-	-	-	77	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			



	СТРАНА, РАЙОН ИЛИ ТЕРРИТОРИЯ	Год	БОЛЬНИЦЫ					НЕ-БОЛЬНИЦЫ					ГОСУДАРСТВЕННЫЕ			НЕГОСУДАРСТВЕННЫЕ			
			Базовые средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи и вода и мыло в туалетах)	Ограниченные средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи или в туалетах)	Средства гигиены отсутствуют (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи и в туалетах)	Материалы для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи	Приспособления для мытья рук вблизи туалетов	Базовые средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи и вода и мыло в туалетах)	Ограниченные средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи или в туалетах)	Средства гигиены отсутствуют (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи и в туалетах)	Материалы для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи	Приспособления для мытья рук вблизи туалетов	Базовые средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи и вода и мыло в туалетах)	Ограниченные средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи или в туалетах)	Средства гигиены отсутствуют (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи и в туалетах)	Материалы для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи	Приспособления для мытья рук вблизи туалетов		
	Папуа-Новая Гвинея	2016	-	-	-	-	-	-	-	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Парагвай	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15	-	-	-	-	-
	Перу	2016	-	-	-	-	-	-	75	-	-	-	-	74	-	-	-	-	-
	Руанда	2016	-	-	-	-	-	-	70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Сан-Марино	2016	100	0	0	100	100	100	0	0	100	100	100	0	0	100	100	100	100
	Сенегал	2016	-	-	-	93	-	-	-	93	-	-	-	92	-	-	-	95	-
	Сент-Винсент и Гренадины	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-
	Сент-Китс и Невис	2010	-	-	-	67	-	-	-	96	-	-	-	95	-	-	-	86	-
	Сербия	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Сомали	2016	-	-	-	85	-	-	-	56	-	-	-	52	-	-	-	71	-
	Сьерра-Леоне	2016	-	-	-	-	-	-	-	85	-	-	-	83	-	-	-	97	-
	Того	2016	-	-	-	-	-	-	-	90	-	-	-	92	-	-	-	-	-
	Тринидад и Тобаго	2010	-	-	-	51	-	-	-	89	-	-	-	85	-	-	-	-	-
	Тунис	2016	-	-	-	-	-	-	-	46	-	-	-	46	-	-	-	-	-
	Уганда	2016	-	-	0	86	-	-	1	72	-	-	-	1	84	-	-	96	-
	Чад	2016	-	-	-	100	-	-	-	78	-	-	-	82	-	-	-	83	-
	Черногория	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Чехия	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Шри-Ланка	2016	-	-	-	93	-	-	-	90	-	-	-	91	-	-	-	99	-
	Эстония	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Эфиопия	2016	-	-	1	85	-	-	2	49	-	-	-	2	42	-	-	2	68
	Южный Судан	2016	-	-	-	80	-	-	-	76	-	-	-	-	-	-	-	-	-

ПРИЛОЖЕНИЕ 3.4

Страновые оценки обращения с отходами

СТРАНА, РАЙОН ИЛИ ТЕРРИТОРИЯ	ОБРАЩЕНИЕ С ОТХОДАМИ			В ЦЕЛОМ ПО СТРАНЕ				ГОРОДСКИЕ				СЕЛЬСКИЕ						
	Год	Население (тысяч человек)	% городского	Базовые услуги по обращению с отходами (отходы разделяются и безопасно обрабатываются и утилизируются)	Ограниченные услуги по обращению с отходами (отходы не разделяются или безопасно не обрабатываются и не утилизируются)	Услуги по обращению с отходами отсутствуют (отходы не разделяются и безопасно не обрабатываются и не утилизируются)	Отходы разделяются	Отходы обрабатываются	Базовые услуги по обращению с отходами (отходы разделяются и безопасно обрабатываются и утилизируются)	Ограниченные услуги по обращению с отходами (отходы не разделяются или безопасно не обрабатываются и не утилизируются)	Услуги по обращению с отходами отсутствуют (отходы не разделяются и безопасно не обрабатываются и не утилизируются)	Отходы разделяются	Отходы обрабатываются	Базовые услуги по обращению с отходами (отходы разделяются и безопасно обрабатываются и утилизируются)	Ограниченные услуги по обращению с отходами (отходы не разделяются или безопасно не обрабатываются и не утилизируются)	Услуги по обращению с отходами отсутствуют (отходы не разделяются и безопасно не обрабатываются и не утилизируются)	Отходы разделяются	Отходы обрабатываются
Азербайджан	2016	9 725	55	-	-	-	-	55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Андорра	2016	77	88	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Антигуа и Барбуда	2010	95	26	-	-	-	65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Армения	2016	2 925	63	97	-	-	97	97	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Афганистан	2013	31 732	24	-	-	-	-	83	-	-	-	-	-	-	-	-	-	83
Бангладеш	2016	162 952	35	11	56	32	25	48	38	47	15	55	75	9	57	34	22	46
Бенин	2016	10 872	46	26	70	4	42	55	29	64	7	42	62	24	74	2	42	49
Бразилия	2015	207 848	86	-	-	17	56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Буркина-Фасо	2016	18 646	28	31	69	1	31	77	33	65	2	33	85	23	77	0	23	83
Бурунди	2016	10 524	12	84	-	-	84	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Бутан	2016	798	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Вануату	2016	270	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Вьетнам	2016	94 569	35	-	-	-	-	70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Гаити	2016	10 847	53	6	71	23	15	35	8	60	32	17	48	4	78	18	13	26
Гамбия	2016	2 039	60	-	-	-	66	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Гана	2016	28 207	55	51	-	-	98	57	53	-	-	96	59	50	-	-	92	55
Гвинея-Бисау	2016	1 816	43	0	-	-	7	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Гондурас	2016	9 113	56	-	-	-	96	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Гренада	2016	107	36	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Демократическая Республика Конго	2016	78 736	43	12	68	20	43	24	17	67	16	43	35	10	69	21	43	21
Джибути	2016	942	78	35	-	-	35	41	43	-	-	43	45	26	-	-	26	37
Египет	2010	84 108	43	17	83	0	33	45	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Замбия	2016	16 591	42	40	-	-	84	72	61	-	-	90	76	40	-	-	89	63
Западный берег реки Иордан и сектор Газа	2016	4 791	76	-	-	-	-	49	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Зимбабве	2016	16 150	32	55	45	0	70	55	90	9	0	95	90	46	54	0	64	46
Йемен	2016	27 584	35	13	37	50	36	20	-	-	50	-	-	-	-	50	-	-
Индия	2016	1 324 171	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Индонезия	2016	261 115	54	66	-	-	80	66	66	-	-	84	68	64	-	-	76	64
Камбоджа	2016	15 762	23	-	-	-	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Кения	2016	48 462	26	33	62	5	33	50	60	-	-	91	60	44	-	-	97	51

- = оценка отсутствует. NA = неприменимо. Неокругленные оценки см. в www.washdata.org.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3.4

Страновые оценки обращения с отходами

ОБРАЩЕНИЕ С ОТХОДАМИ				В ЦЕЛОМ ПО СТРАНЕ						ГОРОДСКИЕ						СЕЛЬСКИЕ							
СТРАНА, РАЙОН ИЛИ ТЕРРИТОРИЯ	Год	Население (тысяч человек)	% городского	Базовые услуги по обращению с отходами (отходы разделяются и безопасно обрабатываются и удаляются)		Ограниченные услуги по обращению с отходами (отходы не разделяются или безопасно не обрабатываются и не удаляются)		Услуги по обращению с отходами отсутствуют (отходы не разделяются и безопасно не обрабатываются и не удаляются)		Отходы разделяются		Отходы обрабатываются		Базовые услуги по обращению с отходами (отходы разделяются и безопасно обрабатываются и удаляются)		Ограниченные услуги по обращению с отходами (отходы не разделяются или безопасно не обрабатываются и не удаляются)		Услуги по обращению с отходами отсутствуют (отходы не разделяются и безопасно не обрабатываются и не удаляются)		Отходы разделяются		Отходы обрабатываются	
				-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Кирибати	2016	114	52	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Китай	2016	1 403 500	57	-	-	-	86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Коморские Острова	2016	796	29	-	-	-	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Конго	2016	5 126	66	12	27	60	40	26	12	32	55	45	25	12	21	66	34	27	-	-	-	-	-
Кот-д'Ивуар	2016	23 696	50	-	-	-	80	-	-	-	-	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Кувейт	2016	4 053	100	100	0	0	100	100	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Кыргызстан	2016	5 956	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Лаосская Народно-Демократическая Республика	2016	6 758	34	33	-	-	33	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Лесото	2015	2 135	27	47	33	20	80	57	-	-	-	-	-	46	36	19	81	52	-	-	-	-	-
Либерия	2016	4 614	50	67	-	-	84	67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ливан	2016	6 007	88	64	31	5	95	64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ливия	2016	6 293	80	43	-	-	46	43	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Литва	2016	2 908	67	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Мавритания	2016	4 301	52	25	54	21	70	36	46	44	10	67	67	7	63	30	45	19	-	-	-	-	-
Мадагаскар	2014	23 590	35	42	-	-	78	42	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Малави	2016	18 092	17	43	56	1	90	49	43	56	2	83	54	43	56	0	92	47	-	-	-	-	-
Мали	2016	17 995	41	-	-	-	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Мальдивские Острова	2016	428	39	30	-	-	47	59	50	-	-	50	75	29	-	-	47	58	-	-	-	-	-
Маршалловы Острова	2016	53	76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Микронезия (Федеративные Штаты)	2016	105	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Монголия	2016	3 027	68	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Мьянма	2016	52 885	30	3	88	9	17	11	30	67	3	71	48	1	89	9	14	8	-	-	-	-	-
Намибия	2013	2 317	45	20	77	3	53	55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Науру	2016	11	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	NA	NA	NA	NA	NA	-	-	-	-	-
Непал	2016	28 983	19	1	62	36	5	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Нигер	2016	20 673	16	60	-	-	73	60	64	-	-	71	70	48	-	-	75	48	-	-	-	-	-
Нигерия	2016	185 990	49	43	47	10	73	43	50	46	4	80	50	36	49	15	67	36	-	-	-	-	-
Ниуэ	2016	2	43	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Объединенная Республика Танзания	2016	55 572	32	27	65	7	52	34	43	49	7	60	54	19	74	8	46	28	-	-	-	-	-

ПРИЛОЖЕНИЕ 3.4

Страновые оценки обращения с отходами

ОБРАЩЕНИЕ С ОТХОДАМИ				В ЦЕЛОМ ПО СТРАНЕ						ГОРОДСКИЕ						СЕЛЬСКИЕ							
СТРАНА, РАЙОН ИЛИ ТЕРРИТОРИЯ	Год	Население (тысяч человек)	% городского	Базовые услуги по обращению с отходами (отходы разделяются и безопасно обрабатываются и удаляются)		Ограниченные услуги по обращению с отходами (отходы не разделяются или безопасно не обрабатываются и не удаляются)		Услуги по обращению с отходами отсутствуют (отходы не разделяются и безопасно не обрабатываются и не удаляются)		Отходы разделяются		Отходы обрабатываются		Базовые услуги по обращению с отходами (отходы разделяются и безопасно обрабатываются и удаляются)		Ограниченные услуги по обращению с отходами (отходы не разделяются или безопасно не обрабатываются и не удаляются)		Услуги по обращению с отходами отсутствуют (отходы не разделяются и безопасно не обрабатываются и не удаляются)		Отходы разделяются		Отходы обрабатываются	
				-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Острова Кука	2016	17	75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Палау	2016	22	79	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Папуа-Новая Гвинея	2016	8 085	13	10	-	-	-	97	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Парагвай	2016	6 725	61	6	-	-	-	80	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Перу	2016	31 774	78	28	-	-	-	97	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Руанда	2011	10 516	17	49	47	3	91	62	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Сан-Марино	2016	33	97	100	0	0	100	100	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Сейшельские Острова	2016	94	56	80	-	-	-	80	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Сенегал	2016	15 412	46	31	54	15	40	41	23	57	19	32	58	33	56	12	44	33	-	-	-	-	-
Сент-Китс и Невис	2016	55	31	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Сербия	2016	8 820	56	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Соломоновы Острова	2016	599	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Сомали	2016	14 318	44	13	58	29	51	26	20	65	15	66	34	2	46	52	28	13	-	-	-	-	-
Сьерра-Леоне	2016	7 396	41	17	83	0	59	53	27	73	0	70	39	15	85	0	49	31	-	-	-	-	-
Таджикистан	2012	7 995	27	-	-	42	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Тимор-Лешти	2016	1 269	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Того	2016	7 606	41	30	68	2	73	32	43	50	7	75	48	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Тонга	2016	107	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Тринидад и Тобаго	2010	1 328	54	-	-	-	-	87	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Тувалу	2016	11	61	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Тунис	2016	11 403	68	-	-	-	-	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Уганда	2016	41 488	23	43	-	-	70	43	44	-	-	65	49	24	-	-	75	35	-	-	-	-	-
Филиппины	2016	103 320	46	-	-	-	68	-	-	-	-	-	-	-	-	-	68	-	-	-	-	-	-
Чад	2016	14 453	23	55	-	-	74	55	70	-	-	70	75	55	-	-	71	55	-	-	-	-	-
Черногория	2016	629	66	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Чехия	2016	10 611	74	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Шри-Ланка	2016	20 798	18	27	69	4	51	44	47	51	1	66	69	19	76	5	45	34	-	-	-	-	-
Эквадор	2016	16 385	64	49	-	-	53	59	53	-	-	58	66	42	-	-	45	50	-	-	-	-	-
Эстония	2016	1 312	69	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Эфиопия	2016	102 403	20	64	-	-	87	64	85	-	-	93	85	54	-	-	94	54	-	-	-	-	-
Южный Судан	2016	12 231	19	-	-	-	70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

ПРИЛОЖЕНИЕ 3.5

Страновые оценки поддержания чистоты окружающей среды

СТРАНА, РАЙОН ИЛИ ТЕРРИТОРИЯ	ПОДДЕРЖАНИЕ ЧИСТОТЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ				В ЦЕЛОМ ПО СТРАНЕ						ГОРОДСКИЕ				СЕЛЬСКИЕ				
	Год	Население (тысяч человек)	% городского		Базовый уровень поддержания чистоты окружающей среды <i>(Протоколы поддержания чистоты, персонал обучен)</i>	Ограниченный уровень услуг по поддержанию чистоты окружающей среды <i>(Протоколы поддержания чистоты или обучены некоторые работники)</i>	Отсутствие услуг по поддержанию чистоты окружающей среды <i>(Протоколов нет и никто из работников не обучен)</i>	Протоколы поддержания чистоты	Обучение поддержанию чистоты	Базовый уровень поддержания чистоты окружающей среды <i>(Протоколы поддержания чистоты, персонал обучен)</i>	Ограниченный уровень услуг по поддержанию чистоты окружающей среды <i>(Протоколы поддержания чистоты или обучены некоторые работники)</i>	Отсутствие услуг по поддержанию чистоты окружающей среды <i>(Протоколов нет и никто из работников не обучен)</i>	Протоколы поддержания чистоты	Обучение поддержанию чистоты	Базовый уровень поддержания чистоты окружающей среды <i>(Протоколы поддержания чистоты, персонал обучен)</i>	Ограниченный уровень услуг по поддержанию чистоты окружающей среды <i>(Протоколы поддержания чистоты или обучены некоторые работники)</i>	Отсутствие услуг по поддержанию чистоты окружающей среды <i>(Протоколов нет и никто из работников не обучен)</i>	Протоколы поддержания чистоты	Обучение поддержанию чистоты
Азербайджан	2016	9 725	55	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Индия	2016	1 324 171	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Китай	2016	1 403 500	57	-	-	-	46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Либерия	2016	4 614	50	-	-	-	-	90	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Литва	2016	2 908	67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Мальдивские Острова	2016	428	39	18	38	44	62	19	50	25	25	75	50	17	38	44	62	18	
Сан-Марино	2016	33	97	100	0	0	100	100	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-	-
Тунис	2016	11 403	68	43	49	8	51	43	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Черногория	2016	629	66	80	15	5	80	85	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

- = оценка отсутствует. NA = неприменимо. Неокругленные оценки см. в www.washdata.org.



РЕГИОН	Год	БОЛЬНИЦЫ					НЕ-БОЛЬНИЦЫ					ГОСУДАРСТВЕННЫЕ					НЕГОСУДАРСТВЕННЫЕ				
		Базовый уровень поддержания чистоты окружающей среды <i>(Протоколы поддержания чистоты, персонал обучен)</i>	Ограниченный уровень услуг по поддержанию чистоты окружающей среды <i>(Протоколы поддержания чистоты или обучены некоторые работники)</i>	Отсутствие услуг по поддержанию чистоты окружающей среды <i>(Протоколов нет и никто из работников не обучен)</i>	Протоколы поддержания чистоты	Обучение поддержанию чистоты	Базовый уровень поддержания чистоты окружающей среды <i>(Протоколы поддержания чистоты, персонал обучен)</i>	Ограниченный уровень услуг по поддержанию чистоты окружающей среды <i>(Протоколы поддержания чистоты или обучены некоторые работники)</i>	Отсутствие услуг по поддержанию чистоты окружающей среды <i>(Протоколов нет и никто из работников не обучен)</i>	Протоколы поддержания чистоты	Обучение поддержанию чистоты	Базовый уровень поддержания чистоты окружающей среды <i>(Протоколы поддержания чистоты, персонал обучен)</i>	Ограниченный уровень услуг по поддержанию чистоты окружающей среды <i>(Протоколы поддержания чистоты или обучены некоторые работники)</i>	Отсутствие услуг по поддержанию чистоты окружающей среды <i>(Протоколов нет и никто из работников не обучен)</i>	Протоколы поддержания чистоты	Обучение поддержанию чистоты	Базовый уровень поддержания чистоты окружающей среды <i>(Протоколы поддержания чистоты, персонал обучен)</i>	Ограниченный уровень услуг по поддержанию чистоты окружающей среды <i>(Протоколы поддержания чистоты или обучены некоторые работники)</i>	Отсутствие услуг по поддержанию чистоты окружающей среды <i>(Протоколов нет и никто из работников не обучен)</i>	Протоколы поддержания чистоты	Обучение поддержанию чистоты
Азербайджан	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Индия	2016	73	8	19	74	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Китай	2016	-	-	-	-	-	-	-	46	-	-	-	-	46	-	-	-	-	-	-	
Либерия	2016	-	-	-	-	89	-	-	-	90	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Литва	2016	-	-	-	100	-	-	-	98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Мальдивские Острова	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Сан-Марино	2016	100	0	0	100	100	100	0	0	100	100	100	0	0	100	100	100	0	0	100	100
Тунис	2016	-	-	-	-	-	43	49	8	51	43	43	49	8	51	43	-	-	-	-	-
Черногория	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

ПРИЛОЖЕНИЕ 4.1

Региональные и глобальные оценки водоснабжения

РЕГИОН	ВОДОСНАБЖЕНИЕ			В ЦЕЛОМ ПО СТРАНЕ						ГОРОДСКИЕ			СЕЛЬСКИЕ					
	Год	Население (тысяч человек)	% городского	Базовые услуги водоснабжения (улучшенные, есть вода, в помещении)	Ограниченные услуги водоснабжения (улучшенные, воды нет и/или не в помещении)	Услуги отсутствуют (неулучшенные или совсем отсутствуют)	Улучшенный источник водоснабжения	Улучшенный источник в помещении	Базовые услуги водоснабжения (улучшенные, есть вода, в помещении)	Ограниченные услуги водоснабжения (улучшенные, воды нет и/или не в помещении)	Услуги отсутствуют (неулучшенные или совсем отсутствуют)	Улучшенный источник водоснабжения	Улучшенный источник в помещении	Базовые услуги водоснабжения (улучшенные, есть вода, в помещении)	Ограниченные услуги водоснабжения (улучшенные, воды нет и/или не в помещении)	Услуги отсутствуют (неулучшенные или совсем отсутствуют)	Улучшенный источник водоснабжения	Улучшенный источник в помещении
Регион ЦУР																		
Австралия и Новая Зеландия	2016	28 787	86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Центральная и Южная Азия	2016	1 916 054	35	-	-	10	90	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Восточная и Юго-Восточная Азия	2016	2 283 684	57	87	3	10	90	85	-	-	4	96	-	-	-	11	89	-
Европа и Северная Америка	2016	1 100 041	77	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Латинская Америка и Карибский бассейн	2016	639 049	80	-	-	5	95	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Северная Африка и Западная Азия	2016	492 324	62	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Океания	2016	11 331	23	70	24	6	94	88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Африка к югу от Сахары	2016	995 695	39	51	23	26	74	60	75	8	16	84	86	49	23	29	71	59
ДРУГИЕ РЕГИОНАЛЬНЫЕ ГРУППЫ																		
Наименее развитые страны	2016	979 388	33	55	22	22	78	64	-	-	7	93	89	43	32	25	75	60
Развивающиеся страны, не имеющие выхода к морю	2016	491 970	30	45	36	18	82	66	71	22	7	93	85	42	35	23	77	62
Малые островные развивающиеся государства	2016	68 321	61	65	23	11	89	71	-	-	8	92	92	-	-	-	-	-
Весь мир	2016	7 466 964	54	74	14	12	88	79	-	-	5	95	-	-	-	15	85	-

- = оценка отсутствует. Неокругленные оценки см. в www.washdata.org.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4.2

Региональные и глобальная оценки санитарии

САНИТАРИЯ				В ЦЕЛОМ ПО СТРАНЕ					ГОРОДСКИЕ					СЕЛЬСКИЕ					
РЕГИОН	Год	Население (тысяч человек)	% городского	Базовые услуги санитарии (улучшенные, пригодные для пользования, отдельные для персонала, раздельные для мужчин и для женщин в условиях соблюдения требований гигиены во время менструации и приспособленные для лиц с ограниченной подвижностью)		Ограниченные услуги санитарии (улучшенные, не соответствующие всем критериям базового уровня)		Услуги санитарии отсутствуют (сооружения отсутствуют или неуполноценные)		Улучшенные	Улучшенные и пригодные для пользования	Базовые услуги санитарии (улучшенные, пригодные для пользования, отдельные для персонала, раздельные для мужчин и для женщин в условиях соблюдения требований гигиены во время менструации и приспособленные для лиц с ограниченной подвижностью)		Ограниченные услуги санитарии (улучшенные, не соответствующие всем критериям базового уровня)		Услуги санитарии отсутствуют (сооружения отсутствуют или неуполноценные)		Улучшенные	Улучшенные и пригодные для пользования
				Улучшенные	Улучшенные и пригодные для пользования	Улучшенные	Улучшенные и пригодные для пользования	Улучшенные	Улучшенные и пригодные для пользования										
Регион ЦУР																			
Австралия и Новая Зеландия	2016	28 787	86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Центральная и Южная Азия	2016	1 916 054	35	-	-	40	60	-	-	-	-	-	-	-	-	31	69	-	-
Восточная и Юго-Восточная Азия	2016	2 283 684	57	-	-	5	95	83	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Европа и Северная Америка	2016	1 100 041	77	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Латинская Америка и Карибский бассейн	2016	639 049	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Северная Африка и Западная Азия	2016	492 324	62	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Океания	2016	11 331	23	-	-	32	68	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Африка к югу от Сахары	2016	995 695	39	23	48	29	71	63	-	-	27	73	64	4	60	36	64	56	-
ДРУГИЕ РЕГИОНАЛЬНЫЕ ГРУППЫ																			
Наименее развитые страны	2016	979 388	33	-	-	21	78	68	-	-	10	90	82	-	-	24	76	66	-
Развивающиеся страны, не имеющие выхода к морю	2016	491 970	30	42	44	14	86	78	-	-	6	94	81	4	78	19	81	70	-
Малые островные развивающиеся государства	2016	68 321	61	-	-	24	76	70	-	-	10	90	90	-	-	-	-	-	-
Весь мир	2016	7 466 964	54	-	-	21	79	78	-	-	-	-	-	-	23	77	-	-	-

- = оценка отсутствует. Неокругленные оценки см. в www.washdata.org.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4.3

Региональные и глобальные оценки гигиены

РЕГИОН	ГИГИЕНА			В ЦЕЛОМ ПО СТРАНЕ					ГОРОДСКИЕ			СЕЛЬСКИЕ						
	Год	Население (тысяч человек)	% городского	Базовые средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи и вода и мыло в туалетах)	Ограниченные средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи или в туалетах)	Средства гигиены отсутствуют (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи и в туалетах)	Материалы для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи	Приспособления для мытья рук вблизи туалетов	Базовые средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи и вода и мыло в туалетах)	Ограниченные средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи или в туалетах)	Средства гигиены отсутствуют (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи и в туалетах)	Материалы для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи	Приспособления для мытья рук вблизи туалетов	Базовые средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи и вода и мыло в туалетах)	Ограниченные средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи или в туалетах)	Средства гигиены отсутствуют (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи и в туалетах)	Материалы для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи	Приспособления для мытья рук вблизи туалетов
Регион ЦУР																		
Австралия и Новая Зеландия	2016	28 787	86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Центральная и Южная Азия	2016	1 916 054	35	-	-	42	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Восточная и Юго-Восточная Азия	2016	2 283 684	57	36	64	0	45	67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Европа и Северная Америка	2016	1 100 041	77	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Латинская Америка и Карибский бассейн	2016	639 049	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Северная Африка и Западная Азия	2016	492 324	62	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Океания	2016	11 331	23	-	-	-	98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Африка к югу от Сахары	2016	995 695	39	-	-	6	69	-	-	1	79	-	-	-	-	1	59	-
ДРУГИЕ РЕГИОНАЛЬНЫЕ ГРУППЫ																		
Наименее развитые страны	2016	979 388	33	-	-	-	66	-	-	-	85	-	-	-	-	-	57	-
Развивающиеся страны, не имеющие выхода к морю	2016	491 970	30	-	-	2	68	-	-	1	78	-	-	-	-	3	57	-
Малые островные развивающиеся государства	2016	68 321	61	-	-	-	80	-	-	-	74	-	-	-	-	-	-	-
Весь мир	2016	7 466 964	54	-	-	16	57	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

- = оценка отсутствует. Неокругленные оценки см. в www.washdata.org.



РЕГИОН	Год	БОЛЬНИЦЫ					НЕ-БОЛЬНИЦЫ					ГОСУДАРСТВЕННЫЕ			НЕГОСУДАРСТВЕННЫЕ					
		Базовые средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи и вода и мыло в туалетах)	Ограниченные средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи или в туалетах)	Средства гигиены отсутствуют (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи и в туалетах)	Материалы для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи	Приспособления для мытья рук вблизи туалетов	Базовые средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи и вода и мыло в туалетах)	Ограниченные средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи или в туалетах)	Средства гигиены отсутствуют (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи и в туалетах)	Материалы для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи	Приспособления для мытья рук вблизи туалетов	Базовые средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи и вода и мыло в туалетах)	Ограниченные средства гигиены (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи или в туалетах)	Средства гигиены отсутствуют (приспособления для соблюдения гигиены рук отсутствуют в местах оказания помощи и в туалетах)	Материалы для соблюдения гигиены рук в местах оказания помощи	Приспособления для мытья рук вблизи туалетов				
Регион ЦУР																				
Австралия и Новая Зеландия	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Центральная и Южная Азия	2016	76	0	24	95	78	-	-	50	-	-	-	-	39	-	-	-	62		
Восточная и Юго-Восточная Азия	2016	-	-	-	-	-	36	64	0	44	67	36	64	0	45	67	-	-	-	-
Европа и Северная Америка	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Латинская Америка и Карибский бассейн	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Северная Африка и Западная Азия	2016	-	-	0	-	-	-	-	0	-	-	-	-	0	-	-	-	0	-	-
Океания	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Африка к югу от Сахары	2016	-	-	1	84	-	-	-	1	64	-	-	-	1	65	-	-	2	79	-
ДРУГИЕ РЕГИОНАЛЬНЫЕ ГРУППЫ																				
Наименее развитые страны	2016	-	-	-	83	-	-	-	-	61	-	-	-	-	62	-	-	-	83	-
Развивающиеся страны, не имеющие выхода к морю	2016	-	-	1	85	-	-	-	2	63	-	-	-	2	60	-	-	-	81	-
Малые островные развивающиеся государства	2016	-	-	-	78	-	-	-	-	80	-	-	-	-	65	-	-	-	75	-
Весь мир	2016	-	-	-	90	-	-	-	18	54	-	-	-	14	54	-	-	-	-	-

ПРИЛОЖЕНИЕ 4.4

Региональные и глобальные оценки обращения с отходами

ОБРАЩЕНИЕ С ОТХОДАМИ				В ЦЕЛОМ ПО СТРАНЕ				ГОРОДСКИЕ				СЕЛЬСКИЕ											
РЕГИОН	Год	Население (тысяч человек)	% городского	Базовые услуги по обращению с отходами (отходы разделяются и безопасно обрабатываются и удаляются)		Ограниченные услуги по обращению с отходами (отходы не разделяются или безопасно не обрабатываются и не удаляются)		Услуги по обращению с отходами отсутствуют (отходы не разделяются и безопасно не обрабатываются и не удаляются)		Отходы разделяются		Отходы обрабатываются		Базовые услуги по обращению с отходами (отходы разделяются и безопасно обрабатываются и удаляются)		Ограниченные услуги по обращению с отходами (отходы не разделяются или безопасно не обрабатываются и не удаляются)		Услуги по обращению с отходами отсутствуют (отходы не разделяются и безопасно не обрабатываются и не удаляются)		Отходы разделяются		Отходы обрабатываются	
				Регион ЦУР																			
Австралия и Новая Зеландия	2016	28 787	86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Центральная и Южная Азия	2016	1 916 054	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Восточная и Юго-Восточная Азия	2016	2 283 684	57	-	-	-	82	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Европа и Северная Америка	2016	1 100 041	77	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Латинская Америка и Карибский бассейн	2016	639 049	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Северная Африка и Западная Азия	2016	492 324	62	-	-	11	-	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Океания	2016	11 331	23	10	-	-	97	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Африка к югу от Сахары	2016	995 695	39	40	49	11	65	47	47	45	8	72	55	35	51	14	70	42	-	-	-	-	-
ДРУГИЕ РЕГИОНАЛЬНЫЕ ГРУППЫ																							
Наименее развитые страны	2016	979 388	33	27	51	22	49	43	39	46	15	59	60	24	54	22	51	40	-	-	-	-	-
Развивающиеся страны, не имеющие выхода к морю	2016	491 970	30	49	-	-	68	56	67	-	-	80	75	44	-	-	81	52	-	-	-	-	-
Малые островные развивающиеся государства	2016	68 321	61	8	69	23	45	24	9	58	32	18	48	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Весь мир	2016	7 466 964	54	-	-	-	60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

- = оценка отсутствует. Неокругленные оценки см. в www.washdata.org.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4.5

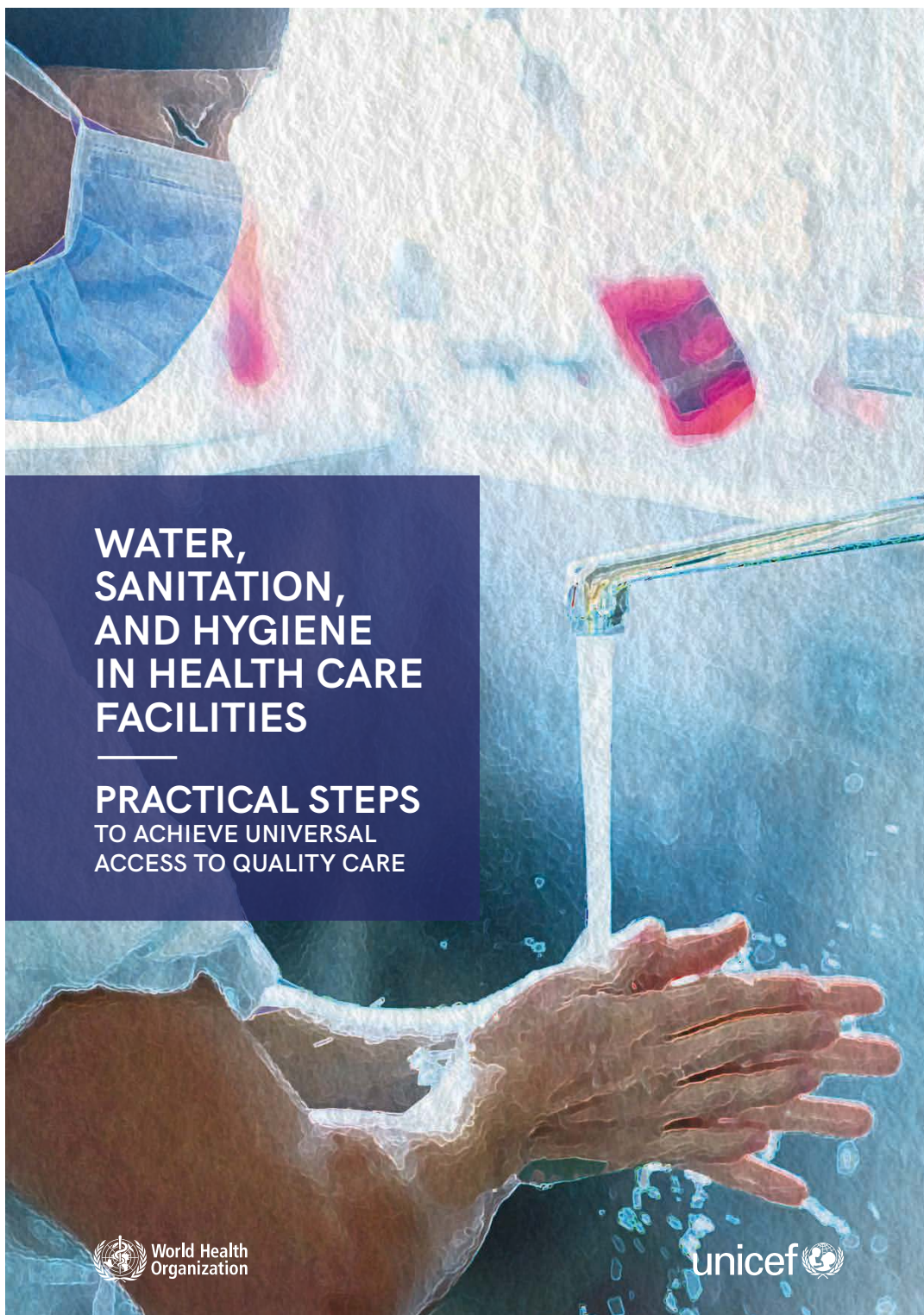
Региональные и глобальные оценки поддержания чистоты окружающей среды

ПОДДЕРЖАНИЕ ЧИСТОТЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ				В ЦЕЛОМ ПО СТРАНЕ				ГОРОДСКИЕ				СЕЛЬСКИЕ						
РЕГИОН	Год	Население (тысяч человек)	% городского	Базовый уровень поддержания чистоты окружающей среды	Ограниченный уровень услуг по поддержанию чистоты окружающей среды	Отсутствие услуг по поддержанию чистоты окружающей среды	Протоколы поддержания чистоты	Обучение поддержанию чистоты	Базовый уровень поддержания чистоты окружающей среды	Ограниченный уровень услуг по поддержанию чистоты окружающей среды	Отсутствие услуг по поддержанию чистоты окружающей среды	Протоколы поддержания чистоты	Обучение поддержанию чистоты	Базовый уровень поддержания чистоты окружающей среды	Ограниченный уровень услуг по поддержанию чистоты окружающей среды	Отсутствие услуг по поддержанию чистоты окружающей среды	Протоколы поддержания чистоты	Обучение поддержанию чистоты
				(Протоколы поддержания чистоты, персонал обучен)	(Протоколы поддержания чистоты или обучены некоторые работники)	(Протоколов нет и никто из работников не обучен)					(Протоколы поддержания чистоты, персонал обучен)	(Протоколы поддержания чистоты или обучены некоторые работники)	(Протоколов нет и никто из работников не обучен)			(Протоколы поддержания чистоты, персонал обучен)	(Протоколы поддержания чистоты или обучены некоторые работники)	(Протоколов нет и никто из работников не обучен)
Регион ЦУР																		
Австралия и Новая Зеландия	2016	28 787	86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Центральная и Южная Азия	2016	1 916 054	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Восточная и Юго-Восточная Азия	2016	2 283 684	57	-	-	-	46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Европа и Северная Америка	2016	1 100 041	77	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Латинская Америка и Карибский бассейн	2016	639 049	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Северная Африка и Западная Азия	2016	492 324	62	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Океания	2016	11 331	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Африка к югу от Сахары	2016	995 695	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ДРУГИЕ РЕГИОНАЛЬНЫЕ ГРУППЫ																		
Наименее развитые страны	2016	979 388	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Развивающиеся страны, не имеющие выхода к морю	2016	491 970	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Малые островные развивающиеся государства	2016	68 321	61	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Весь мир	2016	7 466 964	54	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

- = оценка отсутствует. Неокругленные оценки см. в www.washdata.org.



РЕГИОН	Год	БОЛЬНИЦЫ				НЕ-БОЛЬНИЦЫ				ГОСУДАРСТВЕННЫЕ				НЕГОСУДАРСТВЕННЫЕ					
		Базовый уровень поддержания чистоты окружающей среды (Протоколы поддержания чистоты, персонал обучен)	Ограниченный уровень услуг по поддержанию чистоты окружающей среды (Протоколы поддержания чистоты или обучены некоторые работники)	Отсутствие услуг по поддержанию чистоты окружающей среды (Протоколов нет и никто из работников не обучен)	Протоколы поддержания чистоты	Обучение персоналу чистоты	Базовый уровень поддержания чистоты окружающей среды (Протоколы поддержания чистоты, персонал обучен)	Ограниченный уровень услуг по поддержанию чистоты окружающей среды (Протоколы поддержания чистоты или обучены некоторые работники)	Отсутствие услуг по поддержанию чистоты окружающей среды (Протоколов нет и никто из работников не обучен)	Протоколы поддержания чистоты	Обучение персоналу чистоты	Базовый уровень поддержания чистоты окружающей среды (Протоколы поддержания чистоты, персонал обучен)	Ограниченный уровень услуг по поддержанию чистоты окружающей среды (Протоколы поддержания чистоты или обучены некоторые работники)	Отсутствие услуг по поддержанию чистоты окружающей среды (Протоколов нет и никто из работников не обучен)	Протоколы поддержания чистоты	Обучение персоналу чистоты			
Регион ЦУР		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Австралия и Новая Зеландия	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Центральная и Южная Азия	2016	73	8	19	74	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Восточная и Юго-Восточная Азия	2016	-	-	-	-	-	-	-	46	-	-	-	-	46	-	-	-	-	-
Европа и Северная Америка	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Латинская Америка и Карибский бассейн	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Северная Африка и Западная Азия	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Океания	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Африка к югу от Сахары	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ДРУГИЕ РЕГИОНАЛЬНЫЕ ГРУППЫ																			
Наименее развитые страны	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Развивающиеся страны, не имеющие выхода к морю	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Малые островные развивающиеся государства	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Весь мир	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-



WATER, SANITATION, AND HYGIENE IN HEALTH CARE FACILITIES

PRACTICAL STEPS
TO ACHIEVE UNIVERSAL
ACCESS TO QUALITY CARE



World Health
Organization



Информацию о практических шагах, которые могут быть предприняты странами для улучшения состояния WASH в медицинских учреждениях, можно найти в сопутствующем документе, изданном ВОЗ и ЮНИСЕФ.

www.who.int/water_sanitation_health/publications/wash-in-health-care-facilities/en

WASH
in Health Care Facilities



Механизм "ООН – водные ресурсы" осуществляет координацию деятельности учреждений, входящих в систему Организации Объединенных Наций, и международных организаций, занимающихся проблемами в области водоснабжения и санитарии. Тем самым механизм "ООН – водные ресурсы" добивается повышения эффективности той поддержки, которая предоставляется государствам-членам в их усилиях по реализации положений международных соглашений в сфере водоснабжения и санитарии. При подготовке публикаций механизма "ООН – водные ресурсы" используются практический опыт и технические знания, накопленные участниками и партнерами механизма.

ПЕРИОДИЧЕСКИЕ ДОКЛАДЫ

Сводный доклад 2018 г. о ходе достижения Цели 6 в области устойчивого развития, касающейся водных ресурсов и санитарии

Сводный доклад 2018 г. о ходе достижения ЦУР 6, касающейся водных ресурсов и санитарии, был опубликован в июне 2018 г. накануне Политического форума высокого уровня по вопросам устойчивого развития, на котором государства-члены подробно рассмотрели ЦУР 6. Доклад, в котором отражена общая позиция учреждений, входящих в систему ООН, помогает лучше понять глобальный прогресс в достижении ЦУР 6 и взаимозависимость между нею и другими целями и задачами. Он также позволяет глубже вникнуть в то, как страны могут планировать и осуществлять свои действия таким образом, чтобы никто не был оставлен без внимания при реализации Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года.

Доклады о показателях достижения Цели 6 в области устойчивого развития

В этой серии докладов с использованием глобальных показателей достижения ЦУР иллюстрируется ход выполнения задач, предусмотренных в ЦУР 6. В основе докладов лежат полученные от стран данные, которые систематизируются и проверяются соответствующими учреждениями Организации Объединенных Наций, выступающими в роли кураторов каждого показателя. В докладах показан прогресс в области питьевого водоснабжения, санитарии и гигиены (задачи 6.1 и 6.2, выполнение которых контролируется Совместной программой ВОЗ/ЮНИСЕФ по мониторингу водоснабжения, санитарии и гигиены), в области очистки сточных вод и качества воды в окружающей среде (задача 6.3, учреждения-кураторы – Программа ООН по окружающей среде, Программа ООН по населенным пунктам и ВОЗ), в области рационального водопользования и снижения уровня нехватки воды (задача 6.4, ФАО), в области комплексного управления водными ресурсами и трансграничного сотрудничества (задача 6.5, Программа ООН по окружающей среде, ЕЭК ООН и ЮНЕСКО), в области охраны экосистем (задача 6.6, Программа ООН по окружающей среде) и в области укрепления потенциала для достижения ЦУР 6 (задачи 6.a и 6.b, Инициатива "Глобальный анализ и оценка состояния санитарии и питьевого водоснабжения" в рамках механизма "ООН – водные ресурсы").

Доклад о состоянии водных ресурсов в мире

Этот ежегодный доклад, публикуемый ЮНЕСКО от имени механизма "ООН – водные ресурсы", представляет собой последовательный и согласованный общий ответ системы Организации Объединенных Наций на вопросы, связанные с пресной водой, и возникающие проблемы. Тема доклада согласуется с темой Всемирного дня водных ресурсов (22 марта) и каждый год меняется.

Краткие обзоры политики и краткие аналитические справки

Публикуемые механизмом "ООН – водные ресурсы" краткие обзоры политики составляются с использованием коллективных знаний и опыта системы Организации Объединенных Наций и содержат сжатое и информативное изложение рекомендуемых целей и принципов, касающихся наиболее неотложных вопросов, связанных с пресной водой. Краткие аналитические справки содержат анализ возникающих проблем и могут служить основой для дальнейших исследований, дискуссии и определения будущих целей и принципов.

ЗАПЛАНИРОВАННЫЕ ПУБЛИКАЦИИ МЕХАНИЗМА «ООН — ВОДНЫЕ РЕСУРСЫ» В 2019 Г.

- Обновленный вариант краткого обзора политики по проблеме водных ресурсов в связи с изменением климата. Издание механизма "ООН – водные ресурсы".
- Механизм "ООН – водные ресурсы". Краткий обзор политики по вопросу о водных конвенциях.
- Краткая аналитическая справка механизма "ООН – водные ресурсы" по вопросу о рациональном использовании водных ресурсов.

Дополнительную информацию о докладах, опубликованных механизмом "ООН – водные ресурсы", можно получить на www.unwater.org/publications.



ВОДОСНАБЖЕНИЕ

В 2016 г.:

- **38 стран и три из восьми** регионов ЦУР располагали достаточными данными для оценки обеспеченности медицинских учреждений **базовыми** услугами водоснабжения.
- **74%** медицинских учреждений в мире были обеспечены **базовыми** услугами водоснабжения, т.е. там была вода из улучшенного источника водоснабжения.
- **12%** медицинских учреждений в мире **не были обеспечены услугами водоснабжения**, т.е. либо получали воду из улучшенного источника, но расположенного более чем в 500 метрах от учреждения, либо получали воду из источника, который нельзя считать улучшенным, либо вообще не имели источника водоснабжения.
- В глобальном масштабе **не были обеспечены услугами водоснабжения 4%** больниц и **11%** других медицинских учреждений.
- **896 миллионов человек** во всем мире **не были обеспечены услугами водоснабжения** в медицинском учреждении, где им предоставлялась помощь.

САНИТАРИЯ

В 2016 г.:

- Достаточный объем данных для оценки охвата медицинских учреждений базовыми санитарно-техническими сооружениями имелся только в 18 странах и одном регионе ЦУР.
- В странах Африки к югу от Сахары базовый уровень услуг обеспечивался только в 23% медицинских учреждений.
- 21% медицинских учреждений во всем мире не были обеспечены санитарно-техническими сооружениями, т.е. у них были неулучшенные туалеты или вообще не было туалетов.
- Во всем мире услуги санитарии отсутствовали в 9% больниц и в 20% других медицинских учреждений.
- Более 1,5 миллиарда человек во всем мире не были обеспечены услугами санитарии в медицинских учреждениях, где им оказывалась медицинская помощь.

ГИГИЕНА

В 2016 г.:

- **Достаточными данными для оценки обеспеченности медицинских учреждений базовыми** услугами в области гигиены, т.е. данными о наличии в пунктах оказания помощи и в пределах 5 метров от туалетов функционирующих точек для соблюдения гигиены рук (с водой и с мылом и/или с антисептиком для протирания рук на спиртовой основе) располагали 14 стран.
- **В одном из шести** медицинских учреждений в мире (16%) не было **никаких средств гигиены**: это означает, что в местах оказания медицинской помощи отсутствовали приспособления для мытья рук, а в туалетах не было мыла и воды.
- Данными о наличии приспособлений для мытья рук в туалетах располагало относительно небольшое число стран (16), однако больше данных (в 55 странах) имелось о наличии приспособлений для гигиены рук в местах оказания медицинской помощи.
- Приспособления для мытья рук в местах оказания медицинской помощи имелись в **57%** медицинских учреждений в мире.
- В Африке к югу от Сахары приспособления для гигиены рук в местах оказания медицинской помощи имелись в **84%** больниц и только в **64%** других медицинских учреждениях.

ОБРАЩЕНИЕ С ОТХОДАМИ

В 2016 г.:

- **48 стран** располагали достаточными данными для оценки охвата медицинских учреждений **базовыми** услугами по обращению с отходами.
- **27%** медицинских учреждений в наименее развитых странах были обеспечены **базовыми** услугами по обращению с медицинскими отходами.
- В Африке к югу от Сахары **базовыми** услугами по обращению с отходами было обеспечено **40%** медицинских учреждений.
- Системы разделения отходов имелись в **60%** медицинских учреждений в мире.
- В Африке к югу от Сахары **базовыми** услугами по обращению с отходами были обеспечены **60%** больниц и **38%** других медицинских учреждений. **Семь из десяти** государственных (71%) и половина (55%) негосударственных медицинских учреждений осуществляли безопасное разделение отходов.

ПОДДЕРЖАНИЕ ЧИСТОТЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

В 2016 г.:

- Только **4 страны** располагали достаточными данными для оценки охвата медицинских учреждений **базовыми** услугами по поддержанию чистоты окружающей среды.
- Для расчета глобального охвата медицинских учреждений **базовым уровнем** услуг по поддержанию чистоты окружающей среды основными оценочными данными располагало недостаточно большое число стран.

Веб-сайт СПМ: washdata.org